

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE ENFERMERIA

**“ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL
CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE
ESQUIZOFRENICO EN EL HOGAR. HVLH. 2014”**

TESIS

Para optar el Título de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Milagros Jennifer Nolasco Villa

ASESOR

Luisa Hortensia Rivas Díaz de Cabrera

Lima – Perú

2015

**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL
DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO EN
EL HOGAR. HVLH. 2014**

Esta tesis se la dedico a Dios por permitirme llegar a este momento tan valioso en mi vida, darme fuerzas para superar los obstáculos y protegerme en todo momento.

A mis padres, quienes por ellos soy lo que soy, por su amor, consejos, comprensión y apoyo en los momentos más difíciles. Gracias porque me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia y mi coraje para cumplir mis objetivos.

A mi hermano, por ser un gran amigo y una gran motivación para la realización de este proyecto.

A mi asesora, la Mg. Luisa Rivas, por ser una gran docente y amiga. Sus conocimientos, orientaciones, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigadora y cumplimiento de este gran proyecto.

INDICE

Pg

INDICE DE GRAFICOS

RESUMEN

SUMMARY

PRESENTACION1

CAPITULO I: EL PROBLEMA3

- A. Planteamiento del problema, delimitación y formulación3
- B. Formulación de objetivos7
- C. Justificación de la investigación8
- D. Limitación del estudio 10

CAPITULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS..... 11

- A. Marco teórico: 11
 - 1. Antecedentes 15
 - 2. Base teórica 15
 - 2.1 Aspectos teórico conceptuales sobre paciente Esquizofrénico
 - a) Definición de Esquizofrenia 15
 - b) Etiología de la esquizofrenia 16
 - c) Cuadro clínico de la esquizofrenia21
 - d) Fases de la esquizofrenia25
 - e) Tipos de esquizofrenia27
 - f) Tratamiento de la esquizofrenia29
 - g) Rol de enfermería en el cuidado del Paciente esquizofrénico32
 - h) Rol de los familiares en el cuidado del.....36
paciente esquizofrénico en el hogar
 - 2.2 Generalidades de la actitud48
 - 3. Definición operacional de términos51

B. Formulación de la hipótesis	51
C. Diseño metodológico	51
1. Tipo de investigación	51
2. Población Muestras	51
3. Variables	52
4. Técnicas e instrumentos	52
5. Plan de recolección y análisis estadístico de datos	53
6. Consideraciones éticas.....	53
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION.....	55
a. Resultados	55
b. Discusión	64
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
A. Conclusiones	68
B. Recomendaciones	70
Referencia Bibliográfica.....	71
Anexo	

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N°		Pg
1	Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014	56
2	Actitud de los familiares hacia el cuidado integral de en la dimensión necesidades básicas del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014	57
3	Actitud de los familiares hacia el cuidado integral en la dimensión psicosocial del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014HVLH. 2014	59
4	Actitud de los familiares hacia el cuidado integral en el tratamiento farmacológico del paciente esquizofrénico en el hogar.	61
5	Actitud de los familiares hacia el cuidado integral durante las crisis del paciente esquizofrénico en el hogar.	63

RESUMEN

El presente estudio de investigación titulado “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014” tiene como objetivo general determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. Es de tipo cuantitativo, corte transversal, nivel aplicativo y método descriptivo. La población estuvo conformada por 30 familiares de pacientes esquizofrénicos atendidos en el consultorio externo del HVLH. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento Escala tipo Likert modificada, aplicada previo consentimiento informado.

Los resultados fueron procesados y analizados en cuadros estadísticos, obteniéndose que los familiares en un 60% (18) presentan una actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar y 40%(12) una actitud desfavorable.

En lo que respecta a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral en la dimensión necesidades básicas del paciente esquizofrénico en el hogar, 53% presentan una actitud desfavorable, y 47% una actitud favorable.

En cuanto a la dimensión psicosocial del paciente esquizofrénico en el hogar, 73% presentan una actitud favorable, y 27% una actitud desfavorable.

En lo que se relaciona a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral en el tratamiento farmacológico del paciente esquizofrénico en el hogar, 87% presentan una actitud favorable, y 13% una actitud desfavorable.

Y por último, en relación a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral durante las crisis del paciente esquizofrénico en el hogar, 60% presentan una actitud desfavorable, y 40% una actitud favorable.

Concluyéndose que la mayoría de los familiares presentan actitud favorable hacia el cuidado integral en la dimensión psicológica y tratamiento farmacológico.

También existe una mayoría de ellos que presentan actitud desfavorable hacia el cuidado integral durante las crisis y hacia la satisfacción de las necesidades básicas del paciente en el hogar.

PALABRAS CLAVES: actitud, esquizofrenia, familia, cuidado integral.

SUMMARY

This research study entitled "Attitude of family towards integral schizophrenic patient care in the home. HVLH. 2014 "general objective is to determine the attitude of the family towards the comprehensive care of the schizophrenic patient at home is quantitative, cross-sectional, descriptive method and application level. The population consisted of 30 relatives of schizophrenic patients attending the outpatient clinic of HVLH. The technique used was the survey instrument and modified Likert Scale, applied prior informed consent.

The results were processed and analyzed in statistical tables give the family 60% (18) have a favorable attitude towards the comprehensive care of schizophrenic patient at home and 40% (12) an unfavorable attitude.

With regard to the attitude of the family toward comprehensive care in the basic needs of the schizophrenic patient at home dimension, 53% have an unfavorable attitude, and 47% favorably.

Regarding the psychosocial dimension of the schizophrenic patient at home, 73% have a favorable attitude, and 27% an unfavorable attitude.

As it relates to the attitude of the family toward comprehensive care in the pharmacological treatment of schizophrenic patient at home, 87% have a favorable attitude, and 13% an unfavorable attitude.

And finally, regarding the attitude of the family towards the comprehensive care during the crisis schizophrenic patient at home, 60% have an unfavorable attitude, and 40% favorably.

Concluding that most families have favorable attitude toward comprehensive care in the psychological dimension and drug treatment.

KEY WORDS: attitude, schizophrenia, family member care.

PRESENTACION

Los trastornos de la salud mental comprenden alteraciones del pensamiento, de las emociones y del comportamiento. Estos trastornos están causados principalmente por complejas interacciones físicas, psicológicas, socioculturales y hereditarias.

Uno de los principales trastorno de salud mental reportados en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera, es la esquizofrenia, el deterioro de la función mental de estos enfermos ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con su capacidad de afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad. La persona con esquizofrenia muchas veces no vive en este mundo ya que existe una disociación entre la realidad y su mundo. El paciente con esquizofrenia no es consciente de su enfermedad, pasando a ser dependiente de alguna ayuda, siendo la familia el ente más cercano y confiable.

La familia que tiene el rol de cuidar la integridad de sus miembros, y si dentro de ella se encuentra una persona que padece esquizofrenia, debe afrontar diversas dificultades asociada a esta enfermedad; entre ellos la complejidad del sistema de salud, de la educación, lo social y económico.

Sin embargo estudios previos señalan que estas familias a los largo de su vida experimental un importante deterioro de su bienestar físico, emocional y social.

El enfermero en salud mental, desempeñara un rol educador, de asesor y agente de relaciones sociales, favoreciendo así pautas para la creación de un ambiente social que contribuya a la recuperación del enfermo y evitar la discriminación asociada a la esquizofrenia.

El objetivo del presente trabajo es determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014; con el propósito es brindar información fidedigna al personal de salud, específicamente al profesional de enfermería para que su intervención en respuesta a las necesidades del paciente y familia sea más efectiva, para implementando programas psicoeducativos, con la finalidad de mejorar y fortalecer el soporte físico y emocional que la familia brinda al paciente psiquiátrico, así mismo para que implementen estrategias para el seguimiento continuo orientado al paciente y familia.

El presente trabajo de investigación está comprendido por cuatro capítulos que se desarrollan de la siguiente manera: Capítulo I: El Problema, en el cual se presenta el planteamiento del problema, delimitación y formulación, formulación de objetivos, justificación de la investigación y las limitaciones del estudio. Capítulo II, que consta del marco teórico, formulación de hipótesis y el diseño metodológico. Capítulo III, que consta de los resultados y discusión, y Capítulo IV, en donde se dan las conclusiones y recomendaciones del estudio. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACION Y FORMULACION

La salud mental es considerada “parte de la salud integral y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual, laboral y con la capacidad de integración al medio social y cultural del paciente. Es la instancia esencial que permite a cada persona desplegar sus posibilidades, aun en los momentos más difíciles”.
(1).

Históricamente la enfermedad mental ha sido abordada por muchas teorías, así en sus inicios de ser considerada como una posesión demoniaca, brujería o alienación del enfermo mental, en el renacimiento pasó a ser definida como una deficiente utilización de la razón, actualmente es considerada como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en la que se ve afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la

percepción, el lenguaje, etc., lo cual dificulta a la persona en su adaptación en el entorno cultural y social.

Al respecto datos estadísticos de la OMS, señalan que “en el mundo cada año son reportados cerca de 700 millones de enfermedades relacionadas con el sistema nervioso central y el cerebro. Encontrándose a la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el abuso de alcohol y el trastorno compulsivo, las primeras 10 causas de enfermedades mentales que producen mayor discapacidad crónica”. (2)

En España en el año 2010, “aproximadamente el 9 % de la población padeció algún tipo de enfermedad mental y se estima que el 15 % lo padecerá a lo largo de su vida. Siendo más comunes aquellos relacionados con el estado de ánimo, se encuentran la depresión, o problemas de la ansiedad, como pánico, fobias o estrés postraumático y trastornos mentales graves mayoritariamente esquizofrenia y el trastorno bipolar”.(3)

En el Perú investigaciones recientes (2010) manifiestan que más de 280 mil personas sufren de esquizofrenia, enfermedad caracterizada por alteraciones en diferentes funciones mentales, este mal tiene mayor riesgo a iniciarse entre los 15 y 25 años de edad en varones, y entre los 25 y 35 años en las mujeres. Esta alteración también puede comenzar en la infancia y la vejez, y se ha calculado que la probabilidad de padecerla de por vida es de 1% de la población. (4)

En el hospital Nacional Víctor Larco Herrera, un artículo indicó que el “60% de pacientes atendidos por esquizofrenia provienen de diferentes distritos entre ellos Villa María, Villa el Salvador, Callao, Barranco y San Miguel, así como también del interior del país, Ayacucho, Huancavelica, Puno, etc. La cual es considerada como la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del pensamiento y de la conducta, así como

empobrecimiento afectivo y deterioro cognitivo, acompañada de deterioro grave en el área de la personalidad y de la actividad social que repercute tanto en el entorno familiar, como en la sociedad, afectando las relaciones entre el paciente y su ambiente”. (5)

Es así que el hecho de vivir con un familiar que padece esquizofrenia genera en primer lugar un impacto emocional el cual trae consigo sentimientos como: irritabilidad, angustias, trastornos del sueño, trastornos afectuosos, fobias, y en mucho de los casos dependencias de sustancias psicoactivas; también producen un gran impacto económico, pues surgen gastos excesivos por los medicamentos, la manutención del enfermo, otro aspecto importante es el costo físico, que genera en los familiares el extremo cansancio, deficiente alimentación originada por la preocupación, entre otros; y finalmente se tiene el impacto social, por la tensión que origina la estigmatización, aislamiento y falta de interacción social por vergüenza o rechazo de tener un familiar esquizofrénico, temor a la conducta impredecible, pérdida de vínculos sociales, descuido de las necesidades personales de quien ejerce el rol de cuidador.

Sin embargo es importante mencionar que no todas las familias reaccionan de la misma manera ante la enfermedad, algunos familiares se vuelven críticos y hostiles frente a todo lo que hace el paciente, otros son particularmente protectores, considerando al paciente como un ser dependiente, en contraste a las familias que tratan al paciente como a los demás miembros del hogar, no criticándolos ni sobreprotegiéndolos.

La esquizofrenia, al ser una enfermedad tan compleja, la mejoría del paciente, está basada en la alianza entre su familia, el profesional de salud y éste. Los tratamientos farmacológicos constituyen el eje central del cual se articula el manejo actual de la esquizofrenia, pero en un trastorno crónico como este en el que se involucra no solo al paciente, sino a los familiares y al

entorno en general, el tratamiento farmacológico necesita otras herramientas de trabajo en salud como información, el apoyo y estrategias de afrontamiento para atender a los problemas psicosociales de los mismos.

Los familiares que no apoyan adecuadamente al paciente esquizofrénico puede llevar a situaciones de gran tensión en él, como sintiéndose una carga para ellos, rechazado y no comprendido, lo que conlleva a un abandono de su tratamiento, y finalmente a una complicación en su salud.

El MINSA, enfatiza la importancia de apoyar a las personas que viven con una enfermedad mental y a sus familiares, desarrollando programas de educación dirigidos a los mismos sobre sus derechos, responsabilidades, los problemas que los afectan, los alcances de la atención que debe recibir, los avances científicos al respecto, las leyes que los protegen y los servicios y recursos psicosociales disponibles en la comunidad que los *puedan* beneficiar, con el fin de crear un ambiente social y familiar favorable para la recuperación del paciente y prevenir las posibles crisis.

El rol de enfermería sobre la familia es de suma importancia ya que dentro del área de salud mental, se encuentra en la facultad de desempeñar amplias funciones como son las intervenciones en crisis, la creación de un ambiente social y terapia familiar con el objetivos de favorecer la recuperación de la persona con esquizofrenia, siendo su capacidad educadora importante sobre todo en una etapa inicial y apoyo en las situaciones que atraviesan las personas con trastorno mental y la familia.

De las experiencias vividas se observó, durante las prácticas hospitalarias en Hospitales de Salud Mental, los familiares venían a visitar a los pacientes esquizofrénicos 1 ó 2 veces a la semana o a veces no iban a visitarlos". Al interactuar con los pacientes referían "extraño mucho a mi mamá,

mi papá, hermanos, no los veo desde hace tiempo... de vez en cuando vienen a visitarme". Durante la realización de visitas domiciliarias a los pacientes, los familiares referían: "prefiero que mi hijo se quede internado, no sé qué hacer con él, ya no quiere tomar sus pastillas, y no sé cómo dárselas"

Al interactuar con los profesionales de enfermería al respecto refieren: "aquí hay pacientes de estadía prolongada de 20 a 30 años internados, algunos familiares vienen a visitarlos pero la mayoría prefieren que se queden aquí, a pesar que el médico les informa que es necesario que el paciente salga de alta, ellos no toman importancia y dejan a los pacientes internados".

Esta realidad permitió plantear las siguientes interrogantes: ¿Cuál es el nivel de información de los familiares sobre la participación en el cuidado del paciente esquizofrénico? ¿Por qué a la familia le es tan difícil aceptar el diagnóstico de esquizofrenia dentro de entorno familiar? ¿Cuáles son los factores que limitan a la participación de la familia en el cuidado del paciente con esquizofrenia en el hogar? ¿Por qué a la familia le es tan difícil el cuidado de un paciente con esquizofrenia? ¿La familia posee la información necesaria para el cuidado del paciente esquizofrénico? ¿Por qué la familia prefiere mantener a sus familiares internados? ¿Cuál es el nivel de información de los familiares en el manejo de la conducta agresiva en el hogar? Conllevando a la formulación del siguiente problema:

¿Cuál es la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar.HVLH.2014?

B. FORMULACION DE OBJETIVOS:

Objetivos generales:

- Determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar.

Objetivos específicos:

- Identificar la actitud de los familiares hacia la satisfacción de las necesidades básicas del paciente esquizofrénico en el hogar.
- Identificar la actitud de los familiares hacia el cumplimiento del tratamiento farmacológico del paciente esquizofrénico en el hogar.
- Identificar la actitud de los familiares hacia el apoyo psicosocial del paciente esquizofrénico en el hogar
- Identificar la actitud de los familiares hacia el cuidado durante las crisis del paciente esquizofrénico en el hogar.

C. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestra que “450 millones personas de todo el mundo padece de alguna perturbación mental o neurológica, siendo los trastornos mentales una de las principales causas de discapacidad. Entre ellas se encuentra la esquizofrenia la cual se estima que el 1 % de la población la padece” (6)

La esquizofrenia es una enfermedad, crónica grave e incapacitante en el cual se ve afectado la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento. Las personas que la padecen pueden escuchar voces, ver cosas que no existen o creer que otros leen sus pensamientos o controlan sus mentes, puede tener dificultad para expresar

sus emociones o entender emociones de otros, tiene dificultad para concentrarse y prestar atención, así como también el paciente no manifiesta interés para realización de ninguna actividad (abulia).

La esquizofrenia es un trastorno cerebral severo que perdura toda la vida, y debido a las características mencionadas, el paciente se hace dependiente de los cuidados de los familiares de por vida. La familia desempeña un rol muy importante en la evolución de la enfermedad de cualquier persona, en el sentido de proporcionarle apoyo, cuidados, afecto y la ayuda para seguir las recomendaciones terapéuticas (Hyde y Goldman, 1993). En el caso de la esquizofrenia el familiar es clave para una intervención adecuada del paciente que pueda rehabilitarlo o prevenir su deterioro. una persona con esquizofrenia se encuentra limitada para realizar por si sola sus actividades básicas, por lo que es el familiar quien proporcionará el apoyo y los cuidados necesarios. Sin embargo es importante mencionar que este tipo de pacientes presentan diversos comportamientos y emociones que a su vez inciden en la hostilidad, el criticismo y sobreimplicancia emocional.

Sin embargo al ser una enfermedad tan compleja y deteriorativa, los familiares en muchas oportunidades, desconocen o no aceptan fácilmente el diagnóstico de su familiar enfermo. Por lo que es necesario que la familia tome conciencia de que la esquizofrenia puede ser controlada. Para ello el profesional de enfermería en su rol de educador, debe establecer estrategias de aprendizaje a los familiares directos de estos pacientes en cuanto a la enfermedad, causas de la patología, identificación de signos y síntomas, alimentación, higiene y sobre todo el tratamiento que suele combinar la farmacoterapia, la psicoterapia grupal y familiar y la participación de grupos de apoyo con el fin de controlar la enfermedad, evitar recaídas y fomentar hábitos de vida saludables.

D. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados del estudios solo serán válidos y generalizables para la población de estudio.

CAPITULO II

MARCO TEORICO Y DISEÑO METODOLOGICO

A Marco Teórico

1. Antecedentes

Se han revisado trabajos de investigación de ámbito internacional y nacional que ha permitido delimitar el problema formulado.

- **A nivel internacional**

Óscar Méndez Blanca y Karina fallas Teme realizó un estudio acerca de la “Factores individuales, familiares y profesionales que inciden en la falta de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. 2008” de tipo cualitativo, cuyo objetivo fue Conocer los factores que influyen en que un paciente esquizofrénico haga abandono del tratamiento neuroléptico, tomando en cuenta su perspectiva, la de su familia y la de los psiquiatras en Costa Rica. Entre las consideraciones en que se llegaron fueron:

“La familia como tal, es pieza fundamental en una adecuada adherencia a la medicación. Cuando la familia no comprende las implicaciones de su rol de tutelaje se asegura que este paciente no contará con la supervisión requerida. Familias con inadecuada emoción expresada afectan negativamente al paciente con esquizofrenia y por ende es uno de los factores principales que inciden en la falta de adherencia a la medicación”(8)

Entre lo más rescatable del estudio, fue como éste enfatiza la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico, el cual contribuye en la disminución de los síntomas positivos y negativos. Así también enfatiza, el rol de la familia, la cual ayuda a disminuir situaciones de estrés en actividades cotidianas.

Ariadne Runte Geidel realizó un estudio acerca de “Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores. 2005” de tipo cualitativo, cuyo objetivo fue: Conocer los factores que influyen en que un paciente esquizofrénico haga abandono del tratamiento neuroléptico, tomando en cuenta su perspectiva, la de su familia y la de los psiquiatras en Costa Rica. Entre las conclusiones que se llegaron fueron:

“...entre mayor psicoeducación, mejor apego a la medicación. La cual parece que para ser efectiva tiene que ser constante y duradera en el tiempo ya que puede tomar varios años para que el paciente tome conciencia de su enfermedad y la importancia del apego a la medicación. Si esto no se da muy probablemente el paciente abandonará sus tratamientos”(9)

Entre los aportes del estudio anterior, son la enfatización de la importancia de la medicación, y como es que ésta puede ser abandonada, cuando no existe el apoyo de la familia, la cual si bien es cierto, es el vínculo más cercano del paciente, puede afectar negativamente o positivamente en el cumplimiento terapéutico.

- **A nivel nacional:**

Nayath Sandy Rodriguez realizó un estudio titulado “la actitud de la familia frente al paciente con diagnóstico de esquizofrenia y percepción de los familiares sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería con pacientes de diagnóstico de esquizofrenia en consultorio externo de psiquiatría del centro de Salud Ermitaño Bajo. Noviembre 2012. El método fue descriptivo de abordaje cuantitativo en el cual para la realización de este proyecto se requirió de dos encuestas, entre las cuales, la primera fue para identificar la actitud de la familia frente al paciente esquizofrénico en donde se utilizaron 9 preguntas cerradas, y la segunda fue para identificar la percepción de los familiares sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia la cual constaba con 27 preguntas cerradas. El objetivo fue determinar la actitud de la familia frente al paciente con diagnóstico de esquizofrenia de los familiares sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería con pacientes de diagnóstico de esquizofrenia. Entre las conclusiones en que se llegaron fueron:

“El personal de enfermería brinda sesiones educativas periódicamente, donde asisten todos los familiares con diagnóstico de esquizofrenia” (10)

Este trabajo brindo a la autora la forma de abordaje del análisis de los resultados. Ya no se encontraron más investigaciones relacionadas al tema estudiado a nivel nacional.

Marjorie Jaine Mendoza Zuasnabar realiza un estudio acerca de la “Percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez y del reingresante de los servicios de psiquiatría 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera” del 2010, el estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo ;cuyo objetivo fue determinar la percepción que tiene el

profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez y del reingresante de los servicios 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera 2010". Entre las conclusiones en que se llegaron fueron.

"....la familia brinda un soporte emocional al paciente esquizofrénico de forma favorable al inicio de la enfermedad, este soporte se refleja en la satisfacción de sus necesidades emocionales de forma favorable; mientras que cuando el paciente tuene dos o más años de enfermedad, recaídas y reingresos los familiares se van cansando, tienen una actitud intolerante, despreocupada, indiferente viéndose afectada la satisfacción de sus necesidades emocionales en el paciente esquizofrénico, por lo tanto un soporte emocional desfavorable para su recuperación y rehabilitación"(11)

Este estudio tiene trascendencia en cuanto a sus hallazgos ya que difiere con algunos estudios que enfatizan que para la familia la etapa más difícil es cuando el paciente se encuentra en los inicios de su enfermedad, por lo que se debería tomar en cuenta que no solo es importante el desempeño del rol educativo y apoyo del profesional de enfermería en un estadio específicamente, sino que debe estar dado durante todo el proceso de la enfermedad.

Ángela María Aparicio Delgado, realiza un estudio acerca de las "Vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, atendida en el Hospital Hermilio Valdizan, Enero-febrero del 2010", de tipo cualitativo, método descriptivo-analítico;el instrumento no se precisa en la investigación cuyo objetivo fue conocer las vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con Esquizofrenia". Entre las consideraciones en que se llegaron fueron.

"Las vivencias de la familia en el transcurso del cuidado de una persona con esquizofrenia, refleja en diferentes situaciones, la

existencia de “duele” por la pérdida del hijo sano, “dolor” por la situación diaria que atraviesa la persona con esquizofrenia y su familia, e “incertidumbre” por la expectativa de quien cuidara del hijo en su futuro y el desgaste emocional y físico que conlleva atenderlo y cuidarlo en casa... En el transcurso de la enfermedad, la función del persona de salud se torna vacía y rutinaria, por limitarse a entrevistas superficiales y prescripciones de fármaco”(12)

Entre los más destacados aportes de esta investigación fueron: como resalta, lo difícil que es para familia cuidar a un paciente esquizofrénico, y la función primordial del personal de salud en los cuidados no solo para el paciente sino también para la familia, ya que esta también padece día a día con la enfermedad.

2. BASE TEORICA

2.1 Aspectos teóricos conceptuales sobre esquizofrenia

a) Definición de Esquizofrenia

La esquizofrenia es un “síndrome clínico en el cual se ve afectado la cognición, las emociones la percepción y otros aspectos del comportamiento”(13) es “caracterizado por un grupo de trastornos de causa incierta con cuadros clínicos similares, que incluyen de modo variable perturbaciones de pensamiento en un sensorio claro y, con frecuencia, síntomas característicos como alucinaciones, delirios, conducta aberrante y deterioro en el nivel general de funcionamiento”(14)

Existen otras definiciones de la esquizofrenia es así que la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) describe la como un “trastorno que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan

tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de su misma” (15)

El Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) considera que “la esquizofrenia se caracteriza por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia)” (16)

b) Etiología de la esquizofrenia

Las investigaciones científicas no han logrado aún identificar cual es la etiología que provoca la esquizofrenia. Los datos que se conocen sobre las causas y el curso de este trastorno nos indican que su origen, mantenimiento y pronóstico obseden a una compleja interacción de varios factores, puede deberse a causas genéticas, neurobiológicos, neuroquímicos, neuropsicológicos y ambientales. La etiología de esta enfermedad es multifactorial, y aunque ninguna causa es suficiente para explicarla, los factores genéticos parecen ser la más relevantes, así como ciertas condiciones psicosociales.

❖ Genética:

Las teorías genéticas se basan en dos tipos de estudios:

- ✓ Incidencia de esquizofrenia y grado de consanguinidad.
- ✓ Grado de concordancia en gemelos.

“Kallman realizó estudios en que demuestra que gemelos monocigotos que no han vivido juntos, tiene 77,6% de probabilidades de que uno se

enferme, después de haberse declarado la enfermedad en el otro; mientras que si han vivido juntos, el porcentaje sube a 91,5%. El tipo de herencia ha sido muy debatido, pero la más aceptada en la actualidad es la teoría poligenética, anunciada por Falconer en 1965, que establece que hay varios genes involucrados. Sin embargo, también se acepta que los factores ambientales tienen importancia en la aparición de los síntomas, es decir, que existe una interrelación de factores genéticos y ambientales de tal forma que entre más carga genética se tenga, se requieren menos factores ambientales adversos y viceversa.”(17)

❖ ***Influencias de la familia:***

Los primeros estudios acerca de la influencia de la familia se enfocaron en la desviación de la comunicación como el “doble vínculo”, en el que existe una contradicción en el contenido lingüístico explícito del discurso y el tono emocional de los actos no verbales que son parte inherente de la comunicación humana frente a frente.

Estos estudios resultaron en considerable dolor emocional para las familias que trataban de lidiar con miembros perturbados. A menudo los terapeutas culpaban a la familia por la enfermedad de paciente, trastornando aún más las relaciones familiares. Por fortuna, en particular para las familias que siguen relacionadas con sus familiares que tienen esquizofrenia, se ha desacreditado esta asignación de culpas”(18)

Otra variable estudiada en la comunicación familiar fue la “emoción expresada”, que se define como alta cuando la familia dirige comentarios, hostiles y críticos hacia el paciente y una sobreimplicación emocional, que hace referencia a una respuesta emocional exagerada del familiar. Esta emoción expresada elevada puede influir en el tratamiento del paciente ya que los familiares al sentirse hostiles y críticos pueden abandonarlo, no

contribuyendo al tratamiento de éste, por lo que se favorecerán las recaídas. Se ha establecido que la reducción de altos niveles de emoción expresada en las familias de aquellos que sufren esquizofrenia tiene un afecto benéfico en la rehabilitación del paciente.

Un estudio prospectivo indica que los altos niveles de desviación en la comunicación y los altos niveles de emoción expresada predicen la esquizofrenia en personas en alto riesgo, por ejemplo, hijos de un paciente esquizofrénico. Afortunadamente, la educación familiar puede afectar de manera favorable estos patrones de interacción y el curso longitudinal de la enfermedad. Estas observaciones también pueden conducir a sentimientos de “culpa” entre los miembros de la familia, quienes necesitan aprender mejores patrones de participación. Hoy en día es claro que los miembros de la familia no causan la esquizofrenia; sin embargo también lo es que el grado de las emociones expresadas en una familia dada puede influir en el índice de recaídas del miembro afectado.

❖ ***Influencias de la sociedad:***

“Es evidente que el inicio de la esquizofrenia en los jóvenes adultos coincide con una etapa del desarrollo durante la cual un individuo se separa de su familia de origen y se encuentra nuevos roles en la sociedad, incluyendo nuevas relaciones con compañeros y una nueva función laboral. Con frecuencia, el inicio de la esquizofrenia se relaciona con el fracaso para adaptarse de manera exitosa a los cambios que requieren estos nuevos roles sociales. Los siguientes estudios identifican varios factores sociales que claramente han tenido una fuerte asociación con la esquizofrenia. Estos factores parecen tener un enorme impacto en la aparición de la enfermedad en aquellos que tienen una susceptibilidad constitucional para desarrollarla”(19)

- ✓ Densidad de la población: se ha ido relacionando este factor con la prevalencia del desarrollo de la esquizofrenia, sin embargo parece aplicable solo para situaciones urbanas, es decir, se observa una fuerte correlación entre la esquizofrenia y la densidad dentro de los distritos de ciudades que tienen una población total mayor al millón de habitantes. En las ciudades más pequeñas, de 100 000 a 500 000 personas, la relación es más débil y desaparece del todo en las población aún más pequeñas. Estos datos bien pueden reflejar diferencias en: 1) individuos que migraña a ciudades por gusto o por necesidad; 2) patrones de estrés ambiental y apoyo social que hay en las ciudades: 3) tolerancia para la conducta desviada que determina la detección del caso, y 4) disponibilidad de tratamiento.

- ✓ Clase socioeconómica: Un factor, confirmado de manera consistente por muchos estudios, es la relación de la esquizofrenia con las clases económicas bajas. La teoría postula que los pacientes con condiciones de vida socioeconómicamente baja tiene factores causales que desarrollan esquizofrenia, así como también estos pacientes tienden a derivar hacia los estratos inferiores, debido a su incapacidad para desempeñarse de modo adecuado en diversas funciones de la vida, ya que tienen dificultad para comprometerse en trabajos productivos y para formar redes sociales.

❖ ***Alteraciones Anatómicas:***

Durante los años 70 se consideraba que la esquizofrenia no incluía anormalidades macro anatómicas en el cerebro. Sin embargo las tomografías computarizadas han evidenciado una dilatación de los ventrículos lateral y tercero, y cierta disminución de la masa cortical. Diferentes investigaciones

han intentado determinar si las anomalías detectadas son progresivas o estáticas. Es así que algunas investigaciones han llegado a la conclusión de que las lesiones observadas en las TC están presentes al inicio de la enfermedad pero no evolucionan. Sin embargo otros estudios manifiestan que el proceso patológico sigue evolucionando durante el curso de la enfermedad

También se puede observar una reducción en varias zonas del cerebro, entre ellas tenemos los lóbulos frontal, temporal y occipital.

❖ ***Alteraciones Bioquímicas:***

Estas teorías se basan en que la esquizofrenia es el resultado de un cambio en la bioquímica cerebral que hace que su funcionamiento se altere.

Hay dos grandes grupos de teorías bioquímicas

- ✓ Las que postulan que se forman productos tóxicos a partir de sustancias fisiológicas normales(teorías endotoxicas)
- ✓ Las que establecen que los trastornos se originan en cantidades alteradas de neurotransmisores, como se menciona en el siguiente párrafo.

Una de las formulaciones dentro del ámbito bioquímico es la hipótesis de la dopamina, ésta formulación es basada sobre una actividad dopaminérgica excesiva, por lo que se evidencian los síntomas psicóticos positivos

Sin embargo la teoría no explica con detalle si la hiperactividad dopaminérgica se debe a la liberación demasiado elevada de dopamina, a la presencia de demasiados receptores de dopamina o a la hipersensibilidad de los receptores de dopamina.

c) Cuadro clínico de la esquizofrenia

❖ Signos y síntomas

El paciente esquizofrénico piensa y razona según reglas privadas y a menudo adquiridas. Al verse alterado el pensamiento también se ve alterada la comunicación, la cual se le conoce como descarrilamiento o vaguedad de asociaciones. Según los autores Oliver Freudereich y Stuart Schwartz el paciente esquizofrénico presentan las siguientes alteraciones:

✓ Alteraciones de la comunicación con mayor frecuencia:

- Circunstancialidad: desviaciones sin importancia del lenguaje
- Tangencialidad: digresión sostenida del lenguaje, de modo que la conversación no llega a la finalidad que se requiere
- Pobreza del contenido del lenguaje: puesto que es muy poca la información que se comunica, ya que emplean palabras hiperabstractas, vagas, sobreconcretas o estereotipadas.
- Neologismo: palabras nuevas creadas por el paciente esquizofrénico, el cual le da un significado propio.

✓ Alteraciones en el contenido del pensamiento:

El paciente con esquizofrenia piensa diferente a otras personas. Las alteraciones del pensamiento del esquizofrénico reflejan sus ideas, creencias e interpretaciones de los estímulos, propiciando una conducta inapropiada.

El delirio es una alteración del pensamiento, la cual es una creencia falsa, en la cual se distorsiona la realidad ya sean imágenes o sensaciones. Los delirios puede ser fijas, se mantiene consolidada en un tiempo prolongado, o temporal. Los delirios característicos del esquizofrénico se encuentran en que ellos creen que ciertos delirios pueden ser captados por otras personas, que un ser está introduciendo

ideas dentro de ellos, o que un individuo o aparato está controlando la vida de ellos, esto últimos se conocen como delirios de influencia.

✓ **Alteraciones de la percepción:**

Entre las alteraciones de la percepción encontramos a las alucinaciones, las cuales son percepciones falsas en ausencia de un estímulo externo. Pueden afectar a los cinco sentidos, sin embargo las auditivas son las más frecuentes, en donde el paciente escucha voces, las cuales pueden ser amenazadoras.

Existen también alucinaciones cenestésicas, las cuales son sensaciones infundadas, de alteraciones en los órganos corporales, por ejemplo quemazón en el cerebro.

✓ **Alteraciones del afecto:**

En el caso de la esquizofrenia el paciente, el afecto (expresión externa de las emociones) puede estar alterado ya que no será compatible con el contexto en el que se sitúa el paciente. Puede variar desde lágrimas a carcajadas.

✓ **Alteraciones en el sentido de sí mismo**

Los esquizofrénicos pueden perder contacto con los que ellos mismos son. Pueden tener dudas, preguntas y preocupaciones sobre la propia naturaleza de su identidad. Pueden sentir que el centro de su identidad está muerto, es vulnerable o está cambiando de alguna manera.

✓ **Alteración de la voluntad:**

Los pacientes esquizofrénicos poseen como característica una alteración en el inicio de manera voluntaria de las actividades lo cual

puede alterar gravemente en el trabajo o el funcionamiento en otras áreas

✓ **Alteración en la relación con el mundo externo**

El paciente esquizofrénico tiende a evitar las relaciones con otras personas debido a que este está sumergido en sus ideas y fantasías egocéntricas e ilógicas.

✓ **Alteración en la conducta motora:**

Estas alteraciones pueden variar en dos ámbitos. Uno de estos puede ser que el paciente reaccione hacia el ambiente de una manera disminuida hasta casi total de sus movimientos. Así como también puede adoptar una actividad espontánea, situación en la cual el sujeto actúa como un autómatas o puede adoptar posturas extrañas

También los signos y síntomas se clasifican en positivos y negativos:

- ✓ Síntomas positivos: Los síntomas positivos son comportamientos psicóticos que no se evidencian en personas sanas. Las personas con síntomas positivos frecuentemente "pierden contacto" con la realidad.

Estos síntomas pueden aparecer y desaparecer, a veces son intensos y otras veces casi imperceptibles; dependiendo si el individuo está recibiendo tratamiento o no.

Entre ellos tenemos:

- Ideas delirantes: se trata de ideas falsas, como creer que alguien le está espiando que es un personaje famoso, o que algún desconocido que camina por la calle le está siguiendo.
- Alucinaciones: consisten en ver, sentir escuchar, oler o saborear algo que realmente no existe. La experiencia más común

consiste en escuchar voces imaginarias (alucinaciones auditivas) que dan órdenes o hacen comentario al individuo.

✓ Síntomas negativos: se asocian con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer como parte de este trastorno, ya que muchas veces se confunden con otros tipos de trastornos. Entre ellos tenemos:

- Aplanamiento afectivo: expresión facial invariable, disminución de los movimientos espontáneos, escasa gestualización, contacto visual escaso, poca reactividad afectiva, afecto inapropiado, pérdida de entonación.
- Alogia; término acuñado para referirse al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición, pobreza del lenguaje, pobreza del contenido del lenguaje, bloqueo (interrupción del curso del lenguaje).
- Aislamiento social: anhedonia, abarca las dificultades del paciente esquizofrénico para experimentar interés i placer. Puede expresarse como una falta de interés vital por las actividades normalmente consideradas placenteras o como una falta de involucramiento en relaciones sociales de distintos tipos como interés y actividades recreativas y sexuales, en relación con amigos y compañeros.
- Abulia(falta de voluntad) , apatía extrema, con gran desinterés: en el aseo e higiene, inconstancia en el trabajo o escuela, falta de energía .
- Falta de atención: la atención está a menudo alterada en la esquizofrenia. El paciente manifiesta problemas para concentrar su atención, o solo es capaz de concentrarse esporádica y erráticamente.

❖ **Signos y síntomas pre mórbidos**

Los signos y síntomas pre mórbidos, se consideran aquellos que se desarrollan antes del proceso patológico propiamente dicho.

Entre los signos y síntomas premórbidos de la esquizofrenia habituales que no son invariables es que los pacientes presentaban una personalidad esquizoide es decir, que se caracterizaban por ser tranquilos, pasivos e introvertidos, y durante la infancia tenían pocas amistades.

Es posible que los adolescentes preeesquizofrénicos no tengan amistades próximas o no hayan salido con gente, e incluso pueden llegar a evitar los deportes de equipo. Probablemente disfruten de actividades como ver películas, escuchar música o jugar videojuegos, hasta el punto de excluir totalmente actividades sociales.

d) Fases de La Esquizofrenia

❖ **Fase prodrómica:**

Es la fase se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que en algunas personas que sufren la enfermedad de esquizofrenia ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados, rendimiento bajo. Pero no necesariamente tiene que ser así, hay casos en los que no se detecta ninguna anomalía en la persona que sufre de esquizofrenia. En esta fase se puede identificar una serie de síntomas como: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir, disfruta menos de las cosas, no recuerda con precisión, depresión y tristeza, preocupado con una o dos cosas, ve menos a sus amistades, piensa que se ríen o hablan mal de él,

pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, se siente muy agitado o emocionado, se siente inútil, etc.

❖ **Fase aguda (o crisis).**

Durante esta fase, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios, alucinaciones, un pensamiento gravemente desorganizado; y, generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos (respuesta emocional aplanada, pobreza al habla, falta de iniciativa, incapacidad para experimentar placer y aislamiento social) pasan a ser también más intensos.

El objetivo durante la crisis o fase aguda de la esquizofrenia es reducir los síntomas agudos y mejorar la función psicosocial: Prevenir posibles daños, control de los trastornos de conducta, control de los síntomas, establecimiento de una alianza terapéutica con el paciente y su familia y elaboración de un plan de curación individualizado, y la vigilancia de los medicamentos antipsicóticos.

En esta fase de la enfermedad, es frecuente que la persona requiera una hospitalización para poder realizar un tratamiento de la esquizofrenia a nivel farmacológico más potente del tratamiento habitual. Debido a que las personas que están padeciendo un brote psicótico, si ya se muestran muy reticentes a tomarse su medicación habitual, se vuelve muy complicado realizar un aumento de esta medicación, si no es en un medio hospitalario. Posteriormente se podría reducir la dosis de fármacos administrados

❖ **Fase de estabilización (o postcrisis).**

Durante esta fase, se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).

Los objetivos son reducir al mínimo el estrés sufrido por el paciente y ofrecerle apoyo para reducir la posibilidad de recidiva, potenciando la adaptación del paciente a la vida en la comunidad y facilitando la reducción continuada de los síntomas y la consolidación de la remisión.

❖ **Fase estable (o de mantenimiento).**

Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos y/o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, circunstancialidad en vez de relajación, ilusiones en vez de alucinaciones, ideas sobrevaloradas en vez de delirios).

Los objetivos serán comprobar que se mantiene la remisión o el control de los síntomas, mantener o mejorar su nivel de funcionalidad y calidad de vida. Continuar la vigilancia de efectos adversos.

Es importante recordar que se considera estadio crónico partir de las últimas dos fases ya mencionadas.

e) Tipos de Esquizofrenia

❖ **Esquizofrenia Catatónica:**

Su rasgo típico de este subtipo de esquizofrenia es la alteración en la actividad motora. Este problema puede causar estupor, negativismo, rigidez, excitación, o bien catalepsia o bien adopción de posturas extrañas. En ocasiones, el paciente muestra alteraciones rápidas pasando de un estado de excitación a un estado de estupor. El cuadro asociado a esta patología son movimientos estereotipados, manierismo y flexibilidad clara.

❖ **Esquizofrenia paranoide**

Este tipo de esquizofrenia se inicia normalmente en edad más avanzada a diferencia de los otros tipos. Es caracterizada frecuentemente por presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas. Este tipo de ideas delirantes pueden ser de persecución o de grandeza. La repercusión de las facultades mentales, respuestas afectivas y el comportamiento es inferior en los pacientes con esquizofrenia paranoide que en los pacientes con otro tipo de esquizofrenia

❖ **Esquizofrenia Desorganizada:**

Anteriormente llamada hebefrénica. Su inicio es aproximadamente en personas menores de 25 años. Este subtipo de esquizofrenia es caracterizada por una regresión hacia una conducta primitiva, infantil, desinhibido y desorganizada, así como también por la ausencia de los criterios que coinciden con el subtipo catatónico. Los pacientes afectados por este subtipo normalmente son activos pero de un modo desorientado y nada constructivo, presentan un trastorno del pensamiento significativo y su contacto con la realidad es mínimo. Frecuentemente se ríen sin ningún motivo aparente de una forma burlona y haciendo muecas incongruentes.

❖ **Esquizofrenia residual :**

El tipo de esquizofrenia residual se caracteriza por manifestaciones continuas de la alteración, con ausencia de un conjunto completo de síntomas activos o de síntomas suficientes para cumplir con el diagnóstico de otro tipo de esquizofrenia. Normalmente se evidencia embotamiento afectivo, retraimiento social, comportamiento excéntrico y presencia de ideas delirantes.

f) Tratamiento de la esquizofrenia

▪ Tratamiento Farmacológico

Actualmente se sabe que la esquizofrenia es una enfermedad crónica, debido que no se puede curar. Sin embargo algunos síntomas de ésta pueden ser tratados.

Estudios han mostrado que algunas personas que padecen esquizofrenia poseen una alteración en neurotransmisores. “La dopamina está relacionada con el movimiento, las emociones y los sentimientos de placer. Forma parte de un sistema cerebral que juega un papel fundamental en la regulación de la vida emocional. Además la dopamina pertenece a la familia de la adrenalina, por lo que también está muy relacionada con el estrés y la alerta.

Sabemos que el exceso de dopamina está relacionado con los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento). Los antipsicóticos actúan sobre los neurotransmisores. Uno de sus efectos es disminuir el nivel de dopamina en el cerebro”(20), ayudando así a reducir los síntomas positivos en el paciente.

Los antipsicóticos, neurolépticos o tranquilizantes mayores, constituyen el principal tratamiento de la esquizofrenia. Estos pueden clasificarse en dos grupos principales: los convencionales, de primera generación o antagonistas

del receptor dopaminérgico, y los fármacos más nuevos, que se han denominados antipsicóticos de segunda generación, antipsicóticos atípicos o antagonistas de los receptores de serotonina y dopamina. Los fármacos empleados para la esquizofrenia presentan una gran variedad de propiedades farmacológicas, pero todos comparten la capacidad de ejercer un efecto antagonista de los receptores de dopamina post-sinápticos del cerebro.

- Terapias psicosociales

- ✓ Psicoterapia individual:

La psicoterapia individual incluye sesiones programadas con regularidad en las que el paciente conversa con su especialista . Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o pasados, experiencias, pensamientos sentimientos o reacciones personales. El paciente puede llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de sus problemas al compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva.

- ✓ Psicoterapia social (psicosocial)

El manejo óptimo de la persona con esquizofrenia requiere la integración del tratamiento médico con intervenciones psicosociales.

La rehabilitación psicosocial es mucho más que un conjunto de técnicas, es una filosofía asistencial que ofrece una visión de la enfermedad mental en la cual la dimensión socio ambiental tiene tanta importancia como la visión biológica y donde la supervisión de la discapacidad y la minusvalía es tan importante como el tratamiento de los síntomas. (21)

Las intervenciones psicosociales efectivas reducen las readmisiones hospitalarias, previenen las recaídas, disminuyen los síntomas, mejoran las habilidades sociales, aumentan la capacidad para funcionar independientemente y proveen de soporte a los familiares y cuidadores. Con ella se pretende reducir la vulnerabilidad de la persona que padece esquizofrenia ante las situaciones de estrés, reforzando su adaptación y funcionamiento social, y procurando conseguir la mejor calidad de vida posible.

✓ Psicoterapia familiar

Debido a que los pacientes suele recibir el alta en un estado de recuperación parcial, la familia del enfermo requiere de una sesión de psicoterapia familiar breve pero intensiva. Esta terapia debe centrarse en la situación inmediata, y debe incluir la identificación y la evitación de situaciones potencialmente problemáticas. Cuando surgen problemas con el paciente en el seno familiar, el objetivo del tratamiento debe ser la resolución rápida del problema.

En muchas ocasiones con el afán de querer ayudar al enfermo esquizofrénico la familia suele animar al paciente a que se reintegre en los quehaceres del hogar con demasiada rapidez, muchas veces por ignorancia o por falta de aceptación. Los psicoterapeutas deben ayudarles a comprender la esquizofrenia y aprender de esta. En primera instancia el psicoterapeuta debe alentar al familiar a que hable del episodio psicótico. Los síntomas psicóticos con frecuencia asustan a los miembros de la familia, por lo que hablar abiertamente los tranquiliza. Después de un tiempo considerable, los psicoterapeutas deben centrar estrategias para la reintegración gradual en los quehaceres diarios.

g) Rol de enfermería en el cuidado del paciente esquizofrénico

- Hildegart Peplau. Modelo de las relaciones interpersonales

Esta enfermera estadounidense publicó su modelo en 1952. Era una enfermera psiquiátrica, con tendencias psicodinámicas, e influyó mucho en la teoría de las relaciones interpersonales de Sullivan y las ideas de Freud.

Las ciencias de la conducta son la base de relaciones interpersonales elaborado por Peplau. Da gran importancia a la relación enfermera- paciente y describe las intervenciones enfermeras como procesos interpersonales terapéuticos del paciente. Clasifica en 4 fases dichos procesos.

- Fase de orientación: comienza cuando el paciente expresa una necesidad sentida y permite identificar y evaluar los problemas del paciente.
- Fase de identificación: el paciente conoce la situación y responde de una manera selectiva a las personas que puedan ayudarlo. Expresa sentimientos y pensamiento.
- Fase de aprovechamiento: el paciente puede utilizar todos los servicios disponibles según sus necesidades. Es posible que se cree el conflicto de ser dependiente y el logro de ser independiente.
- Fase de resolución: la relación terapéutica finaliza y las diferentes necesidades han sido satisfechas, el paciente se prepara para lograr su independencia, su liberación. En ocasiones, esta fase no coincide con la resolución de la enfermedad.

El paciente atravesaría estas etapas a lo largo de su enfermedad que se superponen. Según Peplau, durante las mismas la enfermera desempeña diferentes roles:

- De persona ajena: el primer papel que desempeña ante el paciente, esta fase coincide con la de identificación
- De persona con recurso
- Docente: instruye al paciente
- Líder: la enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades, pero cooperando con el
- Sustituto: el paciente asigna a la enfermera un rol sustituto
- Consejero: asesoramiento por parte de la enfermera en las decisiones

La enfermera de salud mental, en su quehacer cotidiano, afronta las necesidades de cuidados que presentan los ciudadanos a los que atiende. En sus intervenciones practica abordajes individuales, familiares y grupales, potencia la promoción y prevención de la salud mental, se desenvuelve en los diversos ámbitos del servicio de salud mental (unidades de hospitalización, centros de salud mental comunitarios, recursos intermedios, etc.), diversifica sus actividades y usa técnicas y métodos de Enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico, procurando su autonomía y su calidad de vida, y asume el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de su profesión.

El profesional de Enfermería en Salud Mental, se caracteriza por brindar un servicio humano, al que le guía la psicología humanista, cuyo objetivo principal es la provisión de cuidados, mediante una relación interpersonal, destinados a satisfacer la necesidades de salud y autocuidados del individuo, familia y comunidad, en las áreas de promoción, asistencial y rehabilitación de la salud mental.

Es importante mencionar que los pacientes al ser dados de alta del hospital, quedan a cuidado de sus familias, por esta razón es importante que los familiares aprendan todo lo que puedan acerca de los desafíos y problemas asociados con la enfermedad. También es útil que los familiares aprendan maneras de minimizar las recaídas, como son las estrategias para asegurar el cumplimiento del tratamiento. Es necesario que los familiares conozcan los servicios disponibles para asistirles durante el periodo posterior a la hospitalización. El educar a la familia en todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento se llama “psico- educación familiar y es uno de los roles más importantes del profesional de enfermería. Como educadora la enfermera debe estar preparada para valorar lo que los familiares necesitan y desean conocer y deben ser capaces de dar información suficiente para incrementar de afrontamiento y disminuir su ansiedad sin abrumarlos.

El paciente necesita apoyo de un gran número de personas en diferentes roles. Entre ellas están los familiares, los profesionales de los programas terapéuticos residenciales y los programas por el día, los administradores de programas de acogida temporal para las personas que se encuentran sin vivienda, los amigos o compañeros de vivienda, los profesionales que manejan el caso clínico, las autoridades religiosas de iglesias y sinagogas, etc.

El personal de enfermería no solo tiene un rol a nivel hospitalario como asistencial, sino también un rol educativo tanto al paciente como la familia. “Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles”(22)

Además de colaborar a obtener ayuda, la familia, los amigos y los grupos de personas con condiciones similares, pueden proporcionar apoyo y fomentar que el paciente esquizofrénico recupere sus capacidades. Es importante plantearse metas alcanzables ya que un paciente que se siente presionado o criticado probablemente tendrá estrés, lo que puede causar un empeoramiento. Al igual que otros, las personas con esquizofrenia necesitan saber cuándo están haciendo bien las cosas. A largo plazo, un enfoque positivo puede ser útil y quizás más eficaz que la crítica. Este consejo es aplicable a todas las personas que se relacionan con el paciente.

Una de las intervenciones más representativas de la Enfermera Especialista en Salud Mental es la visita al domicilio del paciente. El domicilio del paciente se convierte en el modelo comunitario en un lugar de intervención privilegiado para una red de salud mental. La visita domiciliaria en Salud Mental se define como la atención proporcionada a los beneficiarios del sistema de salud, portadores de una patología mental y a su familia en el hogar, permitiendo realizar una valoración, seguimiento y atención continua en el domicilio con actividades de prevención y promoción de la salud y actividades de apoyo al cuidador. La Enfermera Especialista en Salud Mental puede tener un papel fundamental en la asistencia domiciliaria, permitiendo que el paciente con enfermedad mental siga el tratamiento prescrito, detectando de forma precoz la reagudización de síntomas y evitando que el paciente se pierda en la red sanitaria. Por lo tanto, los objetivos que el profesional de enfermería persigue con esta intervención son: conocer el medio donde se desarrolla la vida familiar (entorno), determinar roles habituales del paciente dentro del sistema familiar, seguimiento del estado de enfermedad crónica, promoción de hábitos saludables y prevención de enfermedades y accidentes, determinar áreas de insatisfacción o conflicto, instruir en el autocuidado de la enfermedad, valorar el grado de cumplimiento

de las indicaciones dadas por el equipo de salud, valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente y realizar rescate a pacientes inasistentes o con dificultades para concurrir al centro de salud.

h) Rol del familiar en el cuidado del paciente esquizofrénico en el hogar.

La familia influye mucho en la salud y enfermedad, por lo que cumple una función de suma importancia en el tratamiento y recuperación del paciente esquizofrénico. El papel de los familiares con el enfermo es atenderlo en toda su capacidad para ayudar, confrontar y promover su desarrollo y para que esta participación sea efectiva es necesario que sea adecuada y orientada permanentemente. Como educadora la enfermera debe estar preparada para valorar lo que los familiares necesitan y desean conocer y deben ser capaces de dar información suficiente para incrementar de afrontamiento y disminuir su ansiedad sin abrumarlos.

Las funciones que tiene la familia en relación a sus miembros es muy importante, ya que uno de los temores que con mayor frecuencia sufren los pacientes esquizofrénicos, provienen del sentimiento de pertenecer a un grupo y creer que nadie desea su compañía; pero la situación de la familia con un miembro diagnosticado de esquizofrenia, incluye en cada uno de los integrantes modificando su rol o funciones, ya que la familia se mueve como un sistema social en un conjunto, entonces sus reacciones dependerán de las mayorías de los casos del pronóstico de dicha enfermedad.

Entre los cuidados que debe tener el familiar con el paciente tenemos:

✓ Cuidados en sus necesidades básicas.

- **Alimentación:** La presencia de alteraciones alimentarias en la psicosis esquizofrénica es muy frecuente, tanto en los episodios agudos como en las evoluciones crónicas.

En primer lugar, y por las características de gravedad que presentan, es necesario mencionar el rechazo absoluto de alimentación, que a veces se observa con mayor frecuencia en pacientes esquizofrénico catatónicos. La falta de contacto con el medio que caracteriza este trastorno conduce a que no quieran ingerir alimentos.

Con más frecuencia se observa la negativa por parte del paciente a ingerir algunos o todos los alimentos que se le ofrecen, a causa de la presencia de ideación delirante de envenenamiento, perjuicio, etc, Aunque estas alteraciones alimentarias sean más frecuentes en la fase aguda de la esquizofrenia o de las fases prodrómicas, la persistencia de la idea delirante puede prolongar estos trastornos alimentarios durante largos periodos.

La esquizofrenia cronificada y con un curso procesual puede condicionar la presencia de alteraciones aberrantes, como la coprofagia o la ingesta de productos no alimentarios como madera, tierra, cabellos.

Finalmente, no hay que olvidar que la mayoría de los fármacos que se utilizan en el tratamiento de la esquizofrenia aumentan el apetito e incrementan el peso lo que si el paciente no tiene una dieta equilibrada puede llevar a enfermedades alimenticias.

La alimentación puede ayudar a disminuir los síntomas negativos que acompañan a la esquizofrenia. Cuidar la alimentación es muy importante en este grupo de personas que se desentienden de la realidad y tienen tendencia a descuidar aspectos importantes de su vida como la higiene personal o la

dieta. La familia tiene que ser consciente de esta realidad y debe proporcionarle una alimentación regular con aquellos ingredientes que le pueden resultar más beneficiosos y vigilar que éstos sean consumidos.

Entre los alimentos que el paciente requiere tenemos:

Alimentos ricos en ácidos grasos omega 3: se ha comprobado como los pacientes esquizofrénicos suelen tener niveles bajo de omega-3. La ingestión de alimentos ricos de ácidos grasos suelen compensar este desequilibrio. El pescado azul, los aceites vegetales como la linaza, la soja son ricos de este componente. Entre los vegetales que lo contiene se tienen: la lechuga, las sojas, las espinacas, las nueces, etc.

Estudios previos relacionan algunos aspectos de esta enfermedad con carencias nutricionales ya que parte de los síntomas del trastorno se deben a una hiperactividad dopaminérgica en los circuitos mesocorticales y mesolímbicos del cerebro. Los cuales están modulados por ácidos grasos polinsaturados, que se encuentran en el aceite de oliva, de soja, la familia debe estar en constante vigilancia de la dieta del paciente ya que también se requiere de un constante consumo de agua, debido a que uno de los efectos secundarios de los medicamentos es el estreñimiento y el daño hepático.

Alimentos ricos en vitamina B: muchas vitaminas del complejo B están relacionados con el buen funcionamiento del cerebro. Estas vitaminas nutren al sistema nervioso y ayudan a prevenir muchas enfermedades neurales. Así por ejemplo las deficiencias de la vitamina B1, tiamina se traducen en disfunciones neurológicas y cambios mentales importantes.

Alimentos ricos en vitaminas A,C,E: poseen propiedades antioxidantes. Son capaces de neutralizar los efectos negativos que los radicales libres ejercen sobre células del cerebro.

Entre los alimentos que no son aconsejables para este tipo de pacientes son comidas ricas en grasa ya que los pacientes esquizofrénicos son sometidos a una medicación que suele aumentar de peso. Para evitar que estos enfermos desarrollen obesidad se suele evitar el consumo de este tipo de comidas.

Encuestas realizadas en pacientes con trastorno esquizofrénico indican que entre un 30% y un 40% abusan de bebidas alcohólicas. Normalmente no se embriagan, y suele tratarse de un consumo irregular que no llega a la pérdida del control.

Algunas de las razones que se esgrimen para beber son las mismas, tanto en personas sanas como en pacientes con trastorno esquizofrénico., éntrelas causas están: el 71% de las personas lo hacen "porque me gusta", un 21% para olvidar problemas personales y familiares, un 7% por aburrimiento y un 4% "para hacer lo mismo que mis amigos".

Para los pacientes con trastorno esquizofrénico, otra razón para beber es que eso les facilita el contacto social, que para ellos suele ser un problema. También algunos utilizan la bebida como automedicación para disminuir los síntomas de ansiedad.

Sin embargo, hay factores negativos importantes a tener en cuenta. Uno es su incompatibilidad con la mayoría de psicofármacos. La metabolización, tanto de los fármacos como del alcohol, se realiza fundamentalmente en el hígado. Se crea así una competencia entre ambas sustancias, lo cual retarda sus respectivos procesos. Este fenómeno puede provocar o incrementar los efectos secundarios del fármaco y al mismo tiempo potenciar los efectos tóxicos del alcohol. Otros factores negativos pueden ser que se favorezca el

desencadenamiento de episodios de violencia, una relación conflictiva con los familiares y un índice más elevado de recaídas de la enfermedad.

- **Higiene y vestimenta:** Las personas con esquizofrenia tienden a descuidar su arreglo personal, tanto su higiene como vestimenta, éstos son unos de los síntomas negativos de dicha enfermedad. El convivir con una persona desarreglada puede ser una experiencia desagradable para la familia.

Sin embargo es muy importante remarcar que en muchas ocasiones si bien es cierto esta falta de aseo y discordancia estacional en la vestimenta pueden ser efecto de la enfermedad, por otro lado puede ser por manipulación del mismo paciente y decir “estoy enfermo”.

La familia debe reconocer en que situación está el paciente, por lo que necesitará asistir a terapias junto con el paciente. No debe minimizar la importancia del aseo ni del vestuario del paciente, ya que una óptima higiene y vestimenta adecuada contribuirán a propiciar la responsabilidad, el autocuidado, la autoestima, y la autonomía de la persona, así como ayudara a prevenir problemas dérmicos e infecciones.

En estas situaciones resulta muy eficaz marcar límites y normas familiares, para establecer un patrón de rutinas mínimas, como son la ducha, cepillado de dientes, cambio de ropa, (sí, la interior también, y conviene revisarlo porque es la que no se suelen cambiar), afeitado, peinado, etc. De forma inicial es posible negociar la frecuencia de dichas actividades, preferiblemente realizando un calendario y especificando de forma diaria qué actividades de autocuidado deberá realizar.

En los casos de esquizofrenia en los que existe un deterioro mayor en áreas tan básicas para la persona es recomendable acompañar al calendario de actividades con rutinas, esto es, que las actividades se hagan todos los

días y a las mismas horas. Así estableceremos una rutina ordenada, que les facilitará su cumplimiento. E incluso sería conveniente poder realizar los primeros días esta rutina de forma conjunta. Por ejemplo, cepillarse los dientes juntos y a la misma hora. De esta manera conseguiremos motivar mucho más a la persona.

- **Realización de ejercicios y actividades recreativas:** Debido a la medicación que estos pacientes son sometidos, estos tienden a subir de peso, para evitar la obesidad se suele recomendar la realización de ejercicios. Así como también algunos investigadores observaron que la realización de programas de ejercicios tanto física como recreativa (ludo, crucigrama) mejoran las condiciones del estado mental como la ansiedad y la depresión.

- **Vivienda:** Los pacientes esquizofrénicos después de la hospitalización van a casa, sin embargo muchas ocasiones éstos tienden a aislarse en su dormitorio, el cual muy pocas veces suele ser limpiado y ventilado, por el contrario los pacientes se encierran en su dormitorio sin importar si está limpio o sucio. Los familiares deben ayudar a que el paciente no se aísle, y poco a poco vaya tomando responsabilidades, como la limpieza de su cuarto, lavar su ropa etc.

- ✓ Apoyo psicosocial

- **Brindar afecto:** Las personas con esquizofrenia corren el gran riesgo de que su enfermedad los aísle de las relaciones humanas normales.

Ian Chovil, es un paciente esquizofrénico y enérgico defensor de la inclusión de los pacientes en todos los aspectos de la vida normal manifiesta “el aislamiento social se ha convertido en una de las mayores pérdidas de la esquizofrenia. . . aunque por lo general son las familias las que principalmente se encargan de cuidar a los enfermos al principio de la esquizofrenia, muchas veces su experiencia les resulta muy frustrante por varias razones y las

relaciones sufren las consecuencias. . . Las familias lo intentaron una y otra vez y perdieron a su pariente enfermo”. (23)

En la mayoría de los casos, lo que destruye las relaciones entre los individuos con esquizofrenia y sus familias es el no poder aceptar la enfermedad y el enojo de todos por la situación. El psiquiatra E. Fuller Torrey, cuya hermana tiene la enfermedad, dice que “la aceptación pone a la esquizofrenia en perspectiva como una de las grandes tragedias de la vida, pero impide que se convierta en una herida abierta que desgasta el alma misma de la vida”. (24)

Un objetivo importante para familiares de pacientes con esquizofrenia es mantener la relación afectuosa que han tenido desde la infancia. Sin embargo esto puede resultar más fácil decirlo que hacerlo, ya que el bebé de ayer es hoy una persona con comportamientos diferentes y los padres han sufrido una pérdida dolorosa y decepcionante. No obstante, el desafío para los familiares es encontrar nuevas maneras de amar a sus pacientes, como lo habrían hecho si ellos hubiesen desarrollado cáncer o diabetes.

El amor de los familiares no debe basarse solamente en quiénes solían ser o en la esperanza de que algún día estarán bien. Ellos necesitan sentir que sus familiares los aman hoy y que reconocen que hoy están enfermos. . . Si es capaz de amarlos y aceptarlos como enfermos, es más probable que ellos acepten su enfermedad y sus limitaciones.

- **Conversar con el paciente:** El conversar con nuestro familiar esquizofrénico contribuirá a que se sienta aceptado, cuidado y sobretodo querido.

La mejor manera para que la familia pueda entender los sentimientos y pensamientos de los pacientes esquizofrénicos es que aprenda buenas habilidades de comunicación.

Unos de los puntos que se deben tener en cuenta son:

- Tener un vocabulario sencillo: Parte del tiempo, las personas con esquizofrenia están confundidas, no distinguen entre real y su imaginación. Decir las cosas del modo más claro y directo posible. Por ejemplo: “Lávate las manos ahora porque es hora de cenar”, por ejemplo, es preferible a “Ve a prepararte para la cena”, que pueda resultar confuso y se puede malinterpretar como si quisiera que la persona prepare la cena.

- Elegir cuidadosamente el momento para comunicarse. Si su hijo está molesto, preocupado por las voces que escucha o tiene otros síntomas, ése no es el momento para preguntar algo. Además es importante propiciar un lugar agradable, tranquilo sin que puedan presentarse interrupciones en el dialogo.

- No esperar claridad y racionalidad de parte de las personas con esquizofrenia, particularmente con respecto a sus sentimientos y pensamientos. Siempre es mejor prestarles atención a lo que exteriorizan que enredarse en sus ideas incongruentes, por ejemplo muchas personas manifiestan que la relación con sus pacientes mejoró enormemente cuando dejaron de discutir acerca de las ideas delirantes.

- Establecer reglas, pero sea claro, directo y, sobre todo, realista. Es poco probable que las personas con esquizofrenia dejen de hacer caso a las voces que escuchan porque otras personas quieren que lo hagan, pero sí puede insistir en que limpien lo que ensucian.

Rebecca Woolis, psicoanalista y autora del libro “When someone you love has a mental illness”, también recomienda los siguientes métodos de comunicación para aplicar con un paciente esquizofrénico:

- Trátelo con respeto, incluso si no entiende lo que está diciendo.
- Apóyelo y sea lo más positivo que pueda.

- Trate de tener conversaciones informales o de compartir con él actividades en las que usted sepa que se siente cómodo.
- Nunca lo toque o bromee con él a menos que esté seguro de que no le va a molestar.
- Evite temas delicados como la religión, la política o cualquier otro tema que pueda ser parte de su sistema delirante.
- Si no le gusta alguno de sus comportamientos, dígaselo con calma y sea específico.

- **Escucha activa:** Es importante tener en consideración, entender qué es lo que el paciente esquizofrénico está tratando de decir. Una de las mejores maneras de conseguir esto es escuchar activamente. Escuchar activamente significa prestar mucha atención a lo que la persona está diciendo. Después, es necesario usted repetir lo que ha oído para confirmar que ha entendido lo que la persona quería decir. De este modo, usted demuestra a la persona que realmente está escuchando. Esto puede ayudar a su ser querido a sentir que ha sido escuchado, entendido y respetado.

- **Realización de actividades del hogar:** El paciente esquizofrénico es considerado un ser discapacitante, la familia muchas veces no incentiva a que el paciente realice ninguna actividad, provocando poco a poco un deterioro mental más significativo. Por lo que es importante señalar que para evitar este deterioro el paciente debe mantenerse ocupado con una actividad de baja complejidad que provoca un mínimo estrés, ya sea barree, limpiar, así como también es importante la vigilancia a estos pacientes durante la realización de estas actividades, debido a que no se sabe que puede el paciente estar escuchando o viendo, lo que podría provocar que él se haga daño como a los demás.

- **Favorecer a las relaciones interpersonales.**

✓ **Cuidado en su control terapéutico:**

- Administración de medicamentos, dosis completa y en su horario establecido: Los fármacos empleados para la esquizofrenia presentan una gran variedad de propiedades farmacológicas, pero todos comparten la capacidad de ejercer un efecto antagonista de los receptores de dopamina post-sinápticos del cerebro.

Son especialmente eficaces para reducir los síntomas positivos. No hay pautas claras de tratamiento que deberá ajustarse a la evolución del paciente. En cualquier caso, algunos ensayos clínicos han demostrado que una mayor adherencia al tratamiento terapéutico, es decir la toma correcta y completa de las dosis indicadas reduce significativamente la incidencia de recaídas. La dificultad de la adherencia al tratamiento radica en la falta de conciencia de enfermedad de muchos pacientes, lo que conduce a un abandono temprano o a un incumplimiento parcial del tratamiento.

- Terapia psicosocial: la esquizofrenia es una enfermedad compleja que no solo se caracteriza por la presencia de sintomatología psicótica sino porque también genera incapacidades severas.

De todas las personas que aquejan a la humanidad, “según la OMS, la esquizofrenia se encuentra entre las 10 enfermedades discapacitantes”. (25).

Las discapacidades denominadas psicosociales se refieren a las dificultades que presentan los pacientes y que afectan diversas áreas en el ámbito psicosocial. Por ejemplo, la incapacidad para mantener un trabajo remunerado (área ocupacional) y en consecuencia no tener ingresos (área

económica), y por lo tanto depender económicamente de la familia, así como también la dificultad para establecer relaciones sociales (área social), generalmente su red de apoyo social es muy reducida y existe una tendencia al aislamiento, el aplanamiento afectivo puede llevar a no contar con vínculos en relaciones afectivas y su componente sexual (área sexual y de pareja), sin olvidar el impacto de la enfermedad en la familia (área familiar). Sin olvidar otros factores como: la no aceptación de la enfermedad por parte del paciente, la discriminación que podría sufrir por este padecimiento, el incumplimiento terapéuticos etc. Por estos motivos es que se ha establecido una terapia psicosocial la cual es otro elemento clave, junto con la medicación, en el tratamiento de la esquizofrenia. Con ella se pretende reducir la vulnerabilidad de la persona que padece esquizofrenia ante las situaciones de estrés, reforzando su adaptación y funcionamiento social, y procurando conseguir la mejor calidad de vida posible.

Hay diferentes tipos de terapias y la elección de una u otra dependerá tanto de la persona afectada (según sus características, necesidades y preferencias) como de los recursos existentes en un momento dado.

En todos los tipos de terapias es común y fundamental establecer una relación de confianza con el profesional y el equipo responsable del tratamiento.

En un primer momento de crisis, las intervenciones psicosociales, además de informar sobre el trastorno, el tratamiento y el pronóstico, ayudan a identificar y reducir todo aquello que pueda resultar estresante. En un segundo momento de estabilización del trastorno, se recomiendan intervenciones psicológicas que ayuden a:

a. Elaborar el impacto de la crisis.

b. Afrontar los efectos en la identidad, autoestima, vida de relación y proyectos de vida.

c. Recibir apoyo en la resolución de problemas de la vida cotidiana, a través de un vínculo con el terapeuta que fomente la esperanza, la empatía, el optimismo y la estabilidad en el proceso de cuidados.

Las intervenciones también van dirigidas a la familia o a las personas con vínculos significativos con los afectados de esquizofrenia para ayudarles a entender el trastorno y el efecto que pueda tener en algunas de sus conductas.

Posteriormente, en la fase estable o de mantenimiento, el objetivo es avanzar en la mejoría de la calidad de vida de la persona afectada y su familia, promoviendo estrategias de control del trastorno para evitar recaídas, recibiendo el apoyo necesario para afrontar los problemas de la vida cotidiana y fomentando la habilitación o rehabilitación de las capacidades para desarrollar con la mayor autonomía posible las actividades formativas o laborales, de relación o de autocuidado.

✓ Cuidado durante las crisis

El paciente esquizofrénico suele presentar ataques psicóticos o crisis psicóticas, así que el familiar se debe de estar preparado e informado sobre cómo actuar. Lo primero que tiene que saber el familiar, es que en raras ocasiones el enfermo puede perder totalmente el control de sus emociones, de su mente y comportamiento. La familia puede vislumbrar con anticipación síntomas de un posible ataque: Desconfianza, falta de sueño o explosiones inesperadas de mal humor. Al percibir estas fases primarias, la familia podría prevenir un ataque psicótico.

Pero cuando el ataque psicótico es inminente, la gente al cuidado del paciente debe de recordar que posiblemente el enfermo se encuentre aterrado por haber perdido el control, escucha voces, que los objetos le hablan o tiene alucinaciones.

En situaciones extremas, el enfermo de esquizofrenia puede tratar de actuar de acuerdo a sus alucinaciones, tal vez intentar destruir una silla que le está hablando, por lo que el cuidador o familiar que se encuentre presente, debe de ser consciente de que el paciente se encuentra en un estado de alteración de la realidad

Es importante mencionar que durante las crisis del paciente es necesario vigilarlo ya que podría dañarse o dañar a terceros. No es recomendable criticarlo o agredirlo ya que esto podría hacer que le paciente se enfurezca o descontrola.

2.2 GENERALIDADES DE LAS ACTITUDES

a) DEFINICION:

“Una actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente o un objeto cognoscitivo. Es una estructura estable de creencias que predispone al individuo a comportarse selectivamente ante referentes actitudinales. El referente es una categoría, una clase o un conjunto de fenómenos: objetos físicos, acontecimientos, conductas e incluso construcciones hipotéticas. Las personas tienen actitudes hacia muchas cosas: grupos étnicos, institucionales, religiones, prácticas y cuestiones educativas, propiedad privada” (26)

A pesar de muchas interpretaciones del significado de actitud, nosotros la definimos como: una predisposición relativamente permanente a responder a un objeto y no a la conducta efectiva hacia él.

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastante estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva.

b) **COMPONENTES DE LA ACTITUD**

Rodríguez distingue tres componentes de las actitudes:

- **Componente cognoscitivo:** es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la

asociación al objeto. para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación

- **Componente afectivo:** son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo -. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos
- **Componente conductual:** son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.

c) MEDICION DE ACTITUD

La forma de medición más común de la actitud es la escala, generalmente se usa la escala tipo Likert que está compuesta por un conjunto de afirmaciones o proposiciones ante los cuales se pide la reacción de los sujetos, es decir, se presenta cada afirmación y se inquiriere al entrevistado que externalice su reacción, eligiendo uno de los puntos de la escala.

3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

- ✓ **ACTITUD:** predisposición de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar
- ✓ **CUIDADO INTEGRAL:** acciones dirigidas a satisfacer las necesidades básicas del paciente esquizofrénico en sus diferentes dimensiones.

B. Formulación de la hipótesis

H1: “la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico es favorable”

C. Diseño metodológico

1. Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo ya que su variable es susceptible a la cuantificación y se obtienen datos apoyados en la escala numérica permitiendo un tratamiento estadístico.

El método es descriptivo, ya que detalló las actitudes de los familiares de pacientes esquizofrénicos, nivel aplicativo y de corte transversal

2. Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por 30 familiares de pacientes esquizofrénicos que respondan a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Familiares consanguíneos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que se atienden en consultorio externo del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera. 2014
- Edad de 20 a 50 años
- Familiares de pacientes con tiempo de enfermedad >1 año a 10 años
- Familiares que acepten participar en la investigación y que hayan firmado el consentimiento informado de participar en la investigación

Criterios de exclusión

- Familiares que no deseen participar en la investigación y no firmen el consentimiento informado.
- Familiares de pacientes esquizofrénicos en estadio agudo.
- Familiares que tengan un coimprotamiento alterado.

3. Variables

V1: actitud de los familiares hacia el cuidado del paciente esquizofrénico en el hogar. (Variable cuantitativa)

4. Técnicas e instrumentos

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento donde se recolectara la información será un cuestionario que constara de una presentación, instrucciones y preguntas establecidas. (Ver Anexo C) El instrumento será sometido para su validez del contenido y constructo a un juicio de expertos, profesionales conocedores y con experiencia en el tema a investigar.

5. Plan de recolección y análisis estadístico de datos

En primer lugar se coordinó con los jueces expertos para la corrección y aprobación del instrumento a aplicar.

La recolección de datos se realizó previo trámite administrativo a través de una solicitud dirigida a la Directora del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera a fin de obtener su autorización para el desarrollo del proyecto de investigación, luego se presentó el proyecto a la oficina de Docencia e Investigación, el cual siendo aprobado se solicitó el permiso de la jefa de consultorio externo, la cual aceptó y nos derivó con la jefa de enfermería del consultorio externo, proponiéndonos las fechas para la recolección de datos.

Para el análisis e interpretación se hizo uso de la base teórica y pruebas estadísticas.

6. Consideraciones éticas

Considerando el principio ético de respeto a las personas, se aplicó el consentimiento informado a los familiares de pacientes esquizofrénicos.

El consentimiento informado describe un proceso interactivo en el cual el individuo (o su representante legal) accede voluntariamente y sin coerción a participar en un estudio, luego de que los propósitos, riesgos y beneficios de este han sido cuidadosamente expuestos y entendidos por las partes involucradas. En consecuencia, el Consentimiento informado no solo es necesario e imprescindible en una investigación científica, sino que tiene igual significación en cualquier momento en que el individuo necesite, por razones diversas, alguna intervención médica

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

a. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos luego de haber aplicado el instrumento de recolección de datos a los familiares de pacientes esquizofrénicos en el consultorio externo del Hospital Víctor Larco Herrera, los cuales fueron procesados y presentados en cuadros estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación, utilizando para ellos el marco teórico correspondiente, con la finalidad de determinan las conclusiones del estudio.

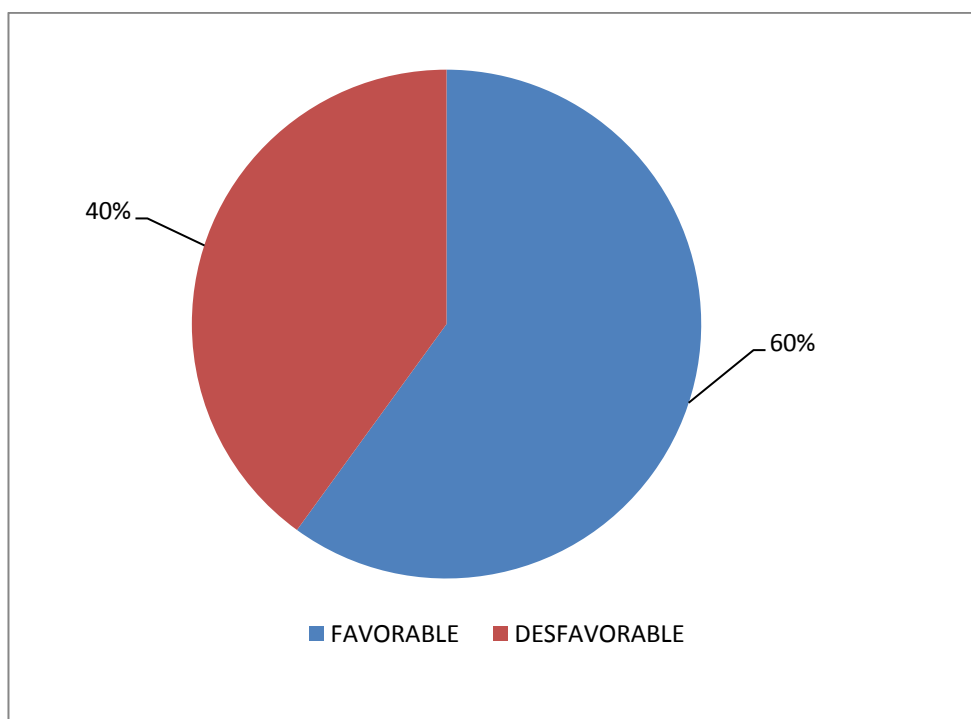
1. DATOS GENERALES:

En el presente estudio participaron un total de 30 familiares de pacientes esquizofrénicos que se atienden en el consultorio externo. Entre los cuales el 63%(19) eran de sexo femenino (ver anexo). Las edades promedios de los familiares se encuentran entre 21 y 70, siendo la edad promedio 70 (ver anexo)

Con respecto al vínculo familiar con el paciente esquizofrénico, el 47%(14) de los participantes eran madres, 17%(5) hermanos , 17%(5) otros, 10%(3 hijos) y10%(3) padres 17%(5) otros (ver anexo).

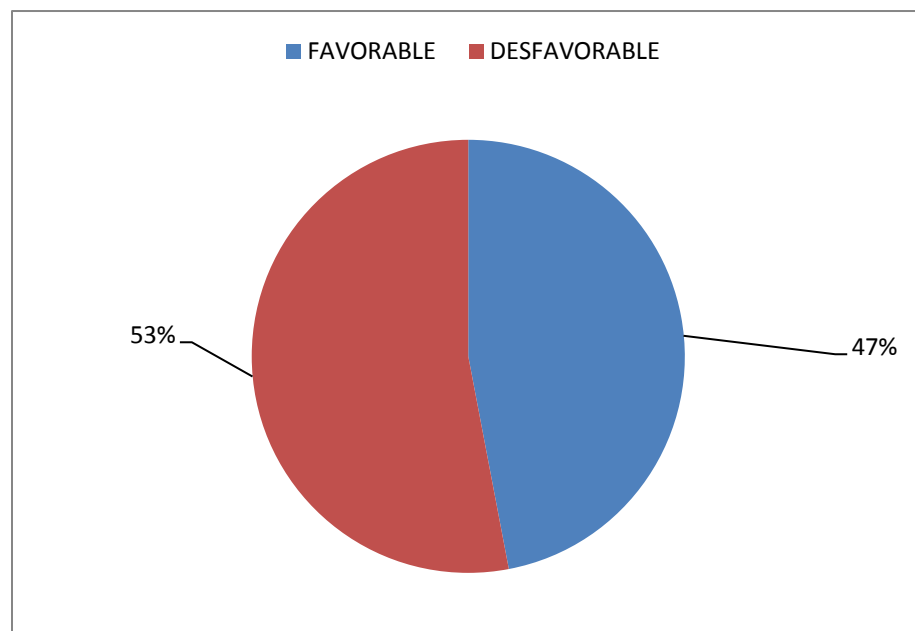
2. Datos específicos a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar.

GRAFICO N°1
ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL
PACIENTE ESQUIZOFRENICO EN EL HOGAR. HLVH.
LIMA-PERÚ
2014



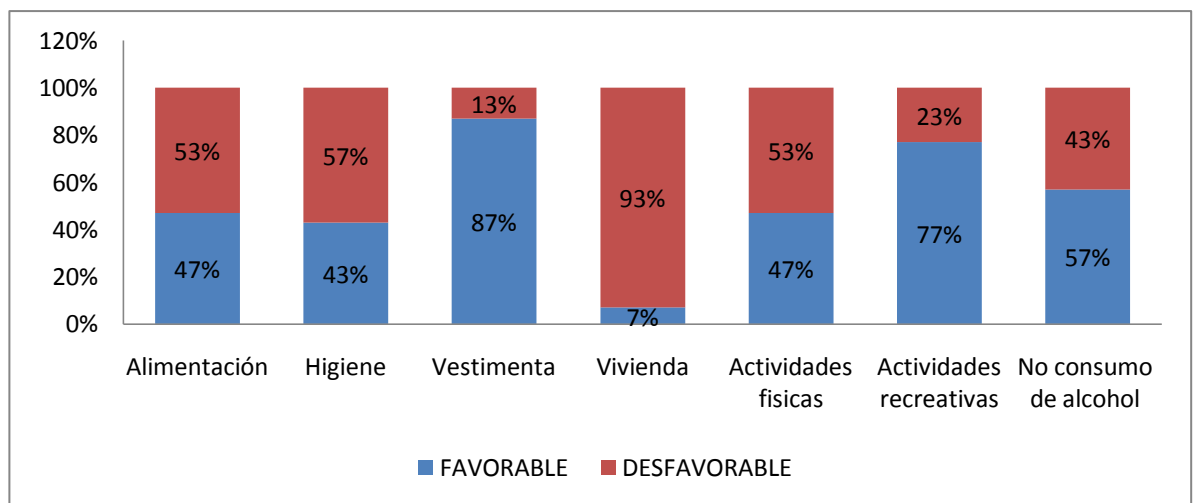
En el gráfico N° 1 sobre la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar se observa que del 100% de los familiares encuestados (30), 60% (18) presentan una actitud favorable y 40% (12) una actitud desfavorable.

GRAFICO N°2
ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO
INTEGRAL DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO EN
LA DIMENSION NECESIDADES BASICAS
EN EL HOGAR. H.V.L.H.
LIMA-PERÚ
2014



En el grafico N° 2 respecto a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en la dimensión de necesidades básicas, se observa que del 100 % de los familiares encuestados, 53% presentan actitud desfavorable.

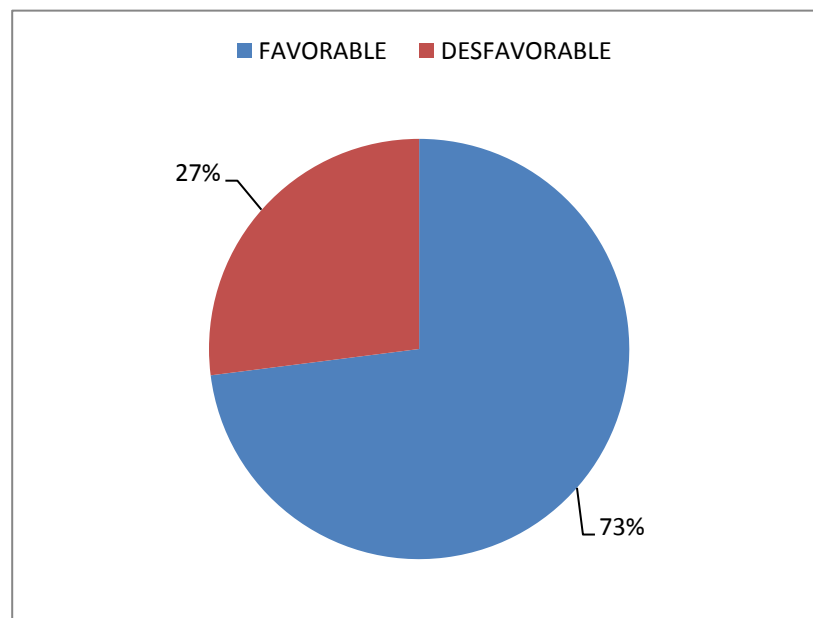
GRAFICO N°2 A
ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL
PACIENTE ESQUIZOFRENICO EN LA DIMENSION
NECESIDADES BASICAS EN EL
HOGAR. H.V.L.H.
LIMA-PERÚ
2014



En el grafico 2ºA, se observa que el 93% de los familiares tienen actitud desfavorable hacia proporcionar una vivienda adecuada a las necesidades del paciente esquizofrénico, en promedio el 55% de los familiares también presentan actitudes desfavorables hacia la buena alimentación del paciente, hacia velar por el buen mantenimiento de la higiene, y hacia la realización de actividades físicas del paciente.

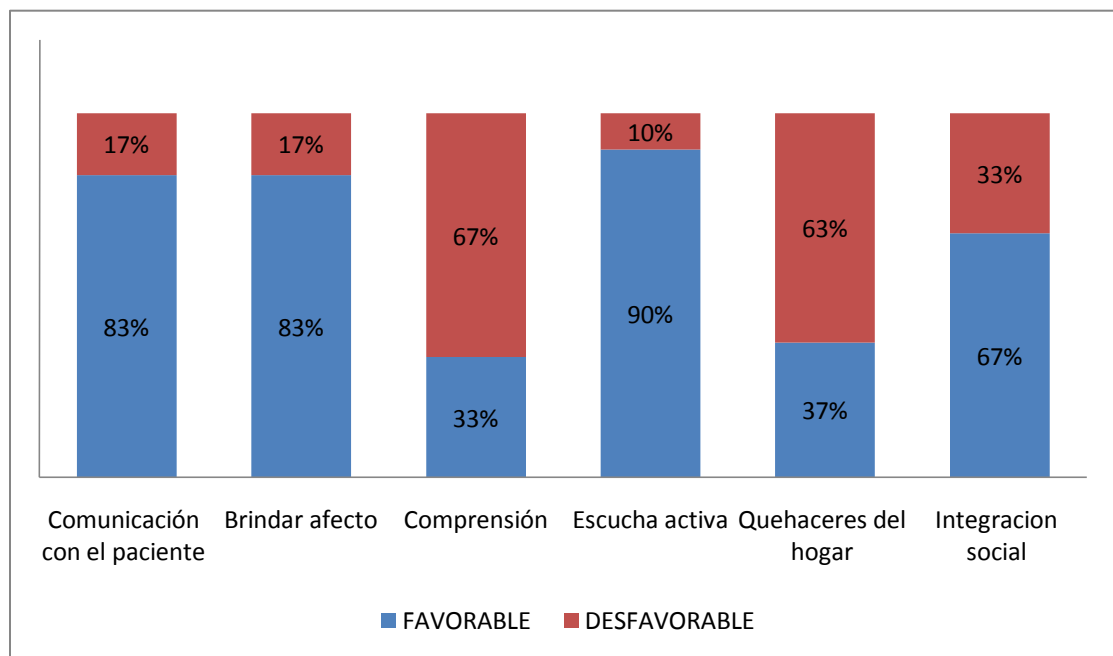
El 87% de los familiares presentan actitud favorable hacia el cuidado de la vestimenta del paciente, el 77% hacia la realización de actividades recreativas, y un 57% evidencia actitudes favorables para prevenir el consumo de alcohol.

GRAFICO N°3
ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRA DEL
PACIENTE ESQUIZOFRENICO EN LA DIMENSION
PSICOSOCIAL EN ELHOGAR.H.VLH.
LIMA-PERU
2014



En el gráfico N°3 respecto a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en la dimensión psicosocial se observa del 100% de los familiares encuestados, 73% tienen una actitud favorable.

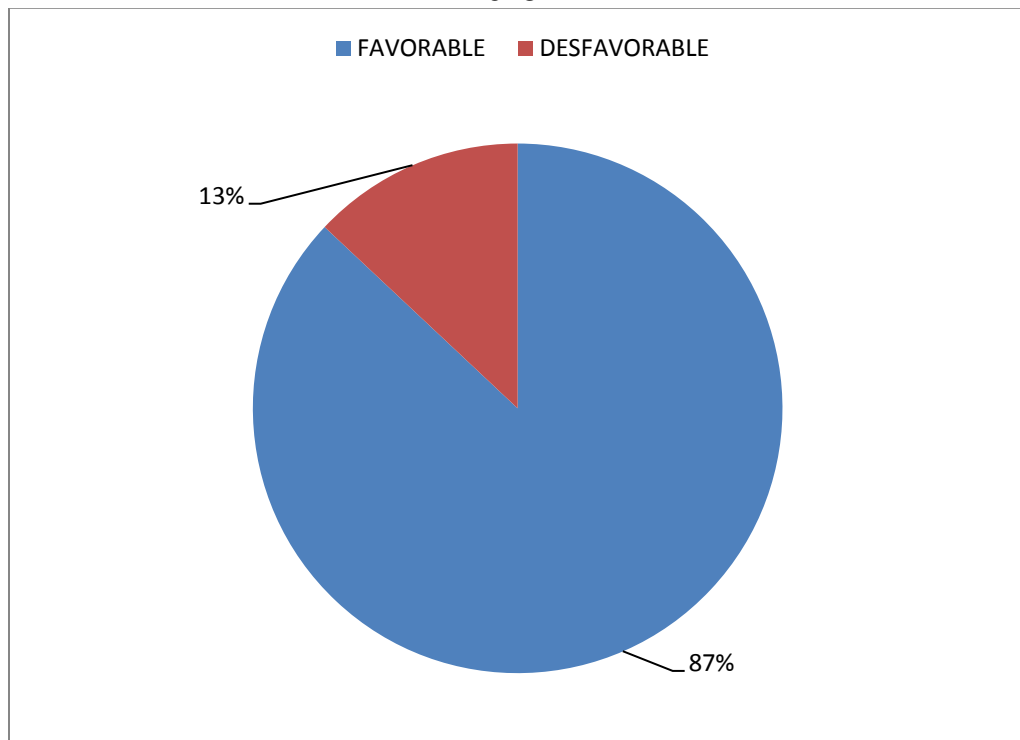
GRAFICO N°3A
ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRA DEL
PACIENTE ESQUIZOFRENICO EN LA DIMENSION
PSICOSOCIAL EN ELHOGAR.H.V.L.H.
LIMA-PERÚ
2014



En el gráfico N°3 A se observa que el 90% presenta una actitud favorable hacia la escucha activa de sus pacientes, el 83% hacia la comunicación efectiva con el paciente y brindarle afecto, y el 67% de los familiares favorecen la integración del paciente en su medio social.

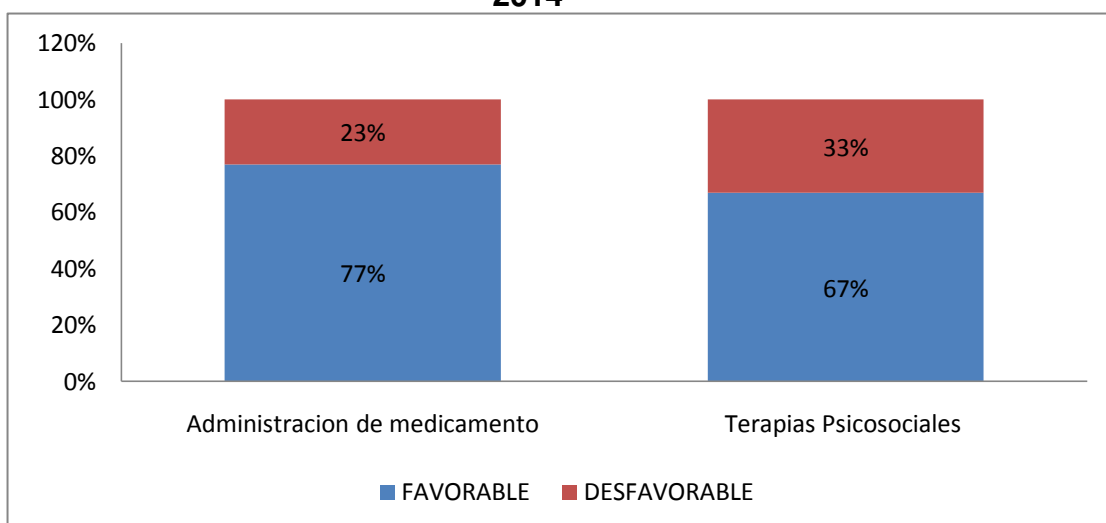
Por otro lado se observa que el 67% de los familiares presentan actitudes desfavorables cuando se trata de comprender al paciente y el 63% que no permiten la participación del paciente en los quehaceres del hogar.

GRAFICO N°4
ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL
PACIENTE ESQUIZOFRENICO EN EL TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO EN ELHOGAR.H.VLH.
LIMA-PERÚ
2015



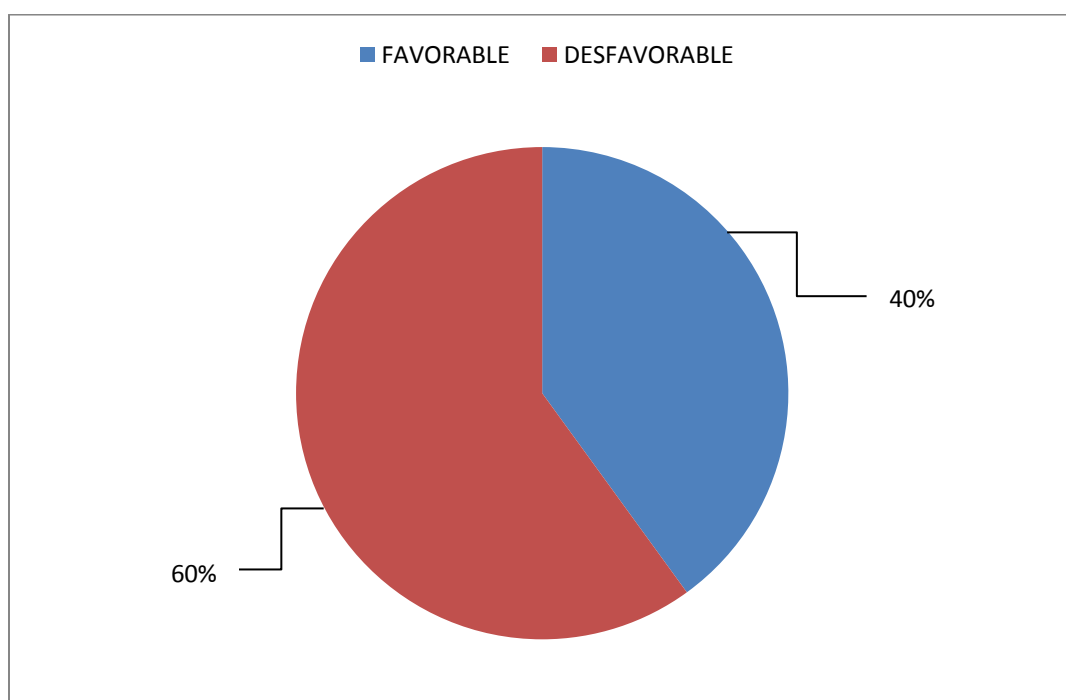
En el gráfico N°4 respecto a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en la dimensión de tratamiento farmacológico, se observa que del 100% del total de los familiares encuestados (30), 87% presenta una actitud favorable

GRAFICO N°4A
ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL
PACIENTE ESQUIZOFRENICO EN EL TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO EN ELHOGAR.H.VLH.
LIMA-PERÚ
2014



En el gráfico N° 4º A, se observa el 77% presenta una actitud favorable hacia la administración de medicamentos y el 67% presenta una actitud favorable hacia las terapias psicosociales.

GRAFICO N°5
ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL
DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO DURANTE
LAS CRISIS EN ELHOGAR.H.VLH.
LIMA-PERÚ
2014



En el gráfico N°5 respecto a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico durante las crisis en el hogar, se observa que del 100% de los familiares encuestados (30), 60% presenta actitud desfavorable

b. DISCUSION

La esquizofrenia, uno de los padecimientos más severos a nivel mental, es considerada como una patología de alta complejidad, que afecta la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento, conllevando a alteraciones físicas, psicosociales y laborales en el paciente.

Esta enfermedad presenta una sintomatología positiva y negativa. Entre los síntomas positivos tenemos la presencia de alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, lenguaje y conducta extravagante. Así como también hay una gran variedad en los síntomas negativos, entre los cuales se encuentran el aplanamiento afectivo, alogia, aislamiento social, abulia, etc.

Estas características pueden llevar a un deterioro en la calidad de vida del paciente. Así en la dimensión física: la alimentación se ve alterada porque el paciente presenta rechazo de los alimentos, ya sea porque pierden las ganas de comer o por la presencia de ideas delirantes como envenenamiento, etc, conllevando futuro a alteraciones alimenticias. Otra dimensión importante afectada es la higiene ya que las personas con esquizofrenia tienden a descuidar su arreglo personal, lo cual de no atenderse a tiempo para prevenir problemas dérmicos e infecciones. Respecto a la realización de actividades físicas, el paciente en muchas ocasiones tiende a presentar sedentarismo, lo que le pone en riesgo de presentar problemas cardiovasculares o diabetes (26)

La presencia de alucinaciones e ideas delirantes, así como la falta de voluntad o la disminución de mantener vínculos sociales, afecta al paciente de tal modo que repercute en su vida social, y laboral.

De ahí la importancia del rol de la familia en el cuidado del enfermo ya que asume la responsabilidad de mantener buenas condiciones físicas y psicosociales que le permitan al enfermo a vivir con una buena calidad de vida.

Existen numerosos estudios respecto de cómo las interacciones, las creencias y expectativas de los miembros de la familia afectan el curso y el pronóstico de la enfermedad. Algunos miembros de la familia, especialmente aquellos que tienen poco conocimiento de las manifestaciones conductuales de la esquizofrenia pueden ser altamente críticos o sobre protectores y, con estas actitudes, que podrían aumentar significativamente el riesgo a recaídas.

Al ser esta enfermedad tan compleja no solo afecta al paciente sino también a la familia, generando en primer lugar un impacto emocional el cual trae consigo sentimientos como: irritabilidad, angustias, trastornos del sueño, trastornos afectuosos, fobias, y en mucho de los casos dependencias de sustancias psicoactivas; también producen un gran impacto económico, pues surgen gastos excesivos por los medicamentos, la manutención del enfermo, otro aspecto importante es el costo físico, que genera en los familiares el extremo cansancio, deficiente alimentación originada por la preocupación, entre otros; y finalmente se tiene el impacto social, por la tensión que origina la estigmatización, aislamiento y falta de integración social por vergüenza o rechazo de tener un familiar esquizofrénico, temor al comportamiento impredecible, pérdida de vínculos sociales, descuido de las necesidades personales de quien ejerce el rol de cuidador.

Por lo que la enfermera desempeña un rol fundamental no solo en el cuidado del paciente en el ámbito hospitalario sino también en el hogar, ya que en muchas ocasiones los familiares se sienten confundidos, temerosos y no saben cómo actuar ante diferentes situaciones. Como educadora la enfermera debe estar preparada para valorar lo que ellos necesitan y desean conocer y ser capaz de dar información suficiente para incrementar los conocimientos y estrategias de afrontamiento y disminuir su nivel de ansiedad sin abrumarlos, con el objetivo de fomentar un cuidado oportuno, hábitos de vida saludable y prevenir recaídas.

En relación a ello, los resultados que se obtuvieron en el presente estudio sobre la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar evidencian que la mayoría de la población encuestada, presenta actitud favorable.

En este sentido los resultados en esta investigación nos permiten concluir que en lo que respecta a la dimensión de necesidades básicas de la vestido, actividades recreativas y no consumo de alcohol, los familiares presentan una actitud favorable, en contraste con la actitud desfavorable hacia el mantenimiento de la higiene del paciente, la alimentación, realización de actividades físicas y orden y limpieza de la vivienda, , que podría conllevar no solo a deficiencias alimenticias o problemas dérmicos que afectan su condición de paciente esquizofrénico, sino también a propiciar conductas inapropiadas que exacerban su cuadro por la falta de actividad física y no buenas condiciones en la vivienda.

Con respecto a la dimensión psicosocial, en su gran mayoría presentan una actitud favorable hacia los aspectos de comunicación con el paciente, brindarle afecto, escucha activa e integración social, lo que

condicionaría un ambiente grato y saludable para el paciente incidiendo en el restablecimiento de su equilibrio psicoemocional. Sin embargo en lo que respecta a la comprensión del paciente y realización de quehaceres en el hogar se obtuvo actitud desfavorable, en la mayoría de los familiares, lo que podría estar generando además de la incompreensión, maltrato físico psicoemocional también descuido en el cuidado del paciente.

En la dimensión de tratamiento farmacológico, la mayoría de los familiares encuestados presentan una actitud favorable, por lo que se deduce que los pacientes mantendrán un buen nivel de medicación que les permita limitar las crisis y/o la sintomatología de la enfermedad.

En la dimensión de cuidado integral durante las crisis en el hogar, la mayoría de los familiares presenta actitud desfavorable, lo que pone a riesgo al paciente y a la familia a daños físicos sobre agregados, por lo que es importante la participación del equipo de salud, en este sentido de la enfermera en aspecto de prevención y promoción de la salud.

Los resultados se asemejan con la investigación de Marjoria Jaine Mendoza , en lo que se refiere al ámbito psicosocial , ya que en los resultados de ésta , se evidencia que el personal de enfermería perciben un soporte emocional favorable de la familia la paciente.

Así como también en esta investigación se observa que los familiares presentan actitud favorable en la dimensión psicosocial. Por lo que el profesional de enfermería debe hacer énfasis en la educación de la satisfacción de necesidades básicas y cuidados durante las crisis del paciente esquizofrénico en el hogar.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES:

- ✓ La mayoría de los familiares de los pacientes presentan una actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar.

- ✓ La mayoría de los familiares encuestados presentan una actitud desfavorable hacia la dimensión de necesidades básicas del paciente esquizofrénico en el hogar

La mayoría de los familiares encuestados presentan una actitud desfavorable hacia la alimentación balanceada, mantenimiento de la higiene, vivienda saludable y realización de actividades físicas, lo que podría conllevar no solo a deficiencias alimentarias, problemas dérmicos sino también a comportamientos que podrían agravar su condición de paciente como la falta de actividad física.

Sin embargo por otro lado se observa una actitud favorable hacia la realización de actividades recreativas, prevención de consumo de alcohol y cuidado de la vestimenta del paciente, lo cual podría

contribuir al mejoramiento del paciente, ya que las actividades recreativas contribuyen al buen estado mental, la prevención del alcohol favorece a potenciar los efectos de los psicofármacos, y una vestimenta adecuada contribuye al bienestar general del paciente.

- ✓ La mayoría de los familiares encuestados presentan una actitud favorable hacia la dimensión psicosocial del paciente esquizofrénico.

La mayoría de los familiares encuestados presentan una actitud favorable hacia la comunicación con el paciente, brindar afecto, escucha activa e integración social, lo que favorece al restablecimiento psicoemocional del paciente. Por otro lado se evidencia una actitud desfavorable hacia la comprensión del paciente y realización de quehaceres en el hogar, lo que podría generar daños físicos, psicoemocionales, y cuidados deficientes al paciente.

- ✓ La mayoría de los familiares presentan una actitud favorable hacia el cumplimiento del tratamiento farmacológico, lo cual contribuye a la prevención de crisis y recaídas, así como también favorecen el control de la sintomatología de la enfermedad.
- ✓ La mayoría de los familiares encuestado presentan una actitud desfavorable hacia el cuidado integral durante las crisis del paciente en el hogar, lo cual pone en riesgo a los pacientes y familiares de daños sobreagregados

B. RECOMENDACIONES

Que se realice un estudio de corte cualitativo que permita abordar a mayor profundidad el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) ROTONDO, Humberto. "compendio de psiquiatría". Edit.: Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú. 2008
- (2) UNIVERSAL. <http://www.alzheimeruniversal.eu/2011/10/24/700-millones-de-pacientes-al-ano-con-enfermedades-del-snc-y-el-cerebro/>
- (3) SALUD MENTAL. <http://www.abc.es/salud/noticias/20121010/abci-mejor-inversion-salud-mental-201309041651.html>
- (4) Más de 280 mil peruanos padecen de esquizofrenia, según el Minsa. <http://blog.pucp.edu.pe/item/95915/mas-de-280-mil-peruanos-padecen-de-esquizofrenia-segun-el-minsa>
- (5) PERÚ 21. "Perú: más de 280 mil con esquizofrenia". <http://peru21.pe/noticia/465190/peru-mas-280-mil-esquizofrenia>
- (6) GUIA PARA AL ATENCION DE TRASTORNOS MENTALES
http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia_psicoeducativa.pdf
- (7) HABILIDADES COGNITIVAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/588/1/kanashiro_yk.pdf
- (8) FACTORES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y PROFESIONALES QUE INCIDEN EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA. Mendez Oscar
<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis21.pdf>

(9) ESTIGMA Y ESQUIZOFRENIA: QUÉ PIENSAN LAS PERSONAS AFECTADAS Y SUS CUIDADORES. 2005 . Ariadne Runte Geidel

(10) RODRIGUEZ, Nayath Sandy. Actitud de la familia frente al paciente con diagnóstico de esquizofrenia y percepción de los familiares sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería con pacientes de diagnóstico de esquizofrenia en consultorio externo de psiquiatría del Centro de salud Ermitaño Bajo. Noviembre 2012.

(11) (17) MENDOZA, Zuasnabar, Marjori Jayne. "Percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez y del reingresante de los servicios de psiquiatría 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera 2009". Proyecto para optar el título de licenciada de enfermería UNMSM 2010

(12) APARICIO Delgado, Ángela. Vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, atendida en el Hospital Hermilio Valdizán, enero-febrero 2010". Proyecto para título profesional de Licenciada en Enfermería. UNMSM. 2010

(13) KAPLAN Y SANDOCK. "Sinopsis de Psiquiatría." Edit: L

WW. 10° edic. España. 2008.

(14)(18) (19)BRUCE África, MD, FREUDENREICH Oliver. Treatment of Patients With Schizophrenia. 2° ed. 2004.

(15) CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES MENTALES DE LA OMS CIE10.http://www.psicoarea.com/cie_10.htm#20

(16) PSICOMEND. <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv5.html>

(20)AMAFE.<http://www.amafe.org/que-es-la-esquizofrenia/tratamiento-medico/>

(21) ORIENTACIONES TECNICAS PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE LAS PERSONAS AFECTADAS DE ESQUIZOFRENIA. MINSA. 2000.

(22)<http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e42e52709a1a53e04001011f010ab3.pdf>

(23) (24) THE ANNENBERG FOUNDATION TRUST AT SUNNYLANDS“Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente”. Ed. Oxford. 2006

(25) EL UNIVERSAL. “ESQUIZOFRENIA DE LAS 10 PERSONAS ENFERMEDADES MAS DISCAPACITANTES”
<http://www.eluniversal.com.mx/notas/882306.html>

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

- A. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**
- B. MATRIZ DE CONSISTENCIA**
- C. ESCALA TIPO LICKERT**
- D. CONSENTIMIENTO INFORMADO**
- E. ESCALA DE CALIFICACION**
- F. PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTO**
- G. MEDICION DE LA VARIABLE**
- H. DATOS GENERALES**

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente	La actitud considerada como una predisposición hacia algo o alguien es muy importante porque induce a un determinado comportamiento que en el caso del cuidado del paciente con esquizofrenia es importante ya que esta enfermedad es considerada como un síndrome clínico en el	Aspecto físico	Alimentación balanceada Alimentación junto a la familia Vigilancia en el consumo de todos los alimentos. Consumo de drogas ni sustancias nocivas Higiene corporal frecuencia Vestimenta limpia acorde a la estación.	Favorable Desfavorable	Es la predisposición favorable o desfavorable que tienen los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrenico en sus dimensiones de necesidades básicas, dimensión

	que se ve afectado la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento del paciente lo cual hace que sea dependiente del familiar a fin de contribuir a mantener su calidad de vida.		Actividad física, frecuencia Actividades recreativas, frecuencia Vivienda limpia		psicosocial, tratamiento farmacológicos y cuidado durante las crisis y que será evaluada a través de una escala tipo lickert modificada.
		Aspecto psicosocial	Conversación serena Conversación con el paciente en un lugar tranquilo., donde no haya mucha tensión. Comprensión a sus miedos y angustias.		

			<p>Escuchar activamente al paciente</p> <p>Integración al paciente en el ámbito social.</p> <p>Participación de realización de actividades del hogar</p> <p>Vigilancia durante la participación del paciente en los quehaceres del hogar.</p> <p>Participación el quehaceres de baja complejidad</p>		
--	--	--	--	--	--

			Afecto		
		Tratamiento farmacológico	Administración de todos los medicamentos prescritos en las dosis completas. Administración en un horario establecido Vigilar el consumo completo de los medicamentos. Participación en las terapias psicosociales. Participación de la familia en las terapias psicosociales junto con el paciente		

		<p>Durante las crisis</p>	<p>Mantener al paciente esquizofrénico en un lugar seguro y constante vigilancia durante el periodo de crisis.</p> <p>No criticarlo o gritarle al paciente durante las crisis.</p> <p>Mantener la calma durante la crisis.</p> <p>Pedir ayuda en caso el paciente no se tranquilice, corra peligro o los familiares.</p>		
--	--	---------------------------	--	--	--

ANEXO B

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INDICADOR	ENUNCIADO POSITIVO	ENUNCIADO NEGATIVO
Alimentación balanceada	Es bueno que el paciente esquizofrénico reciba una alimentación balanceada	Es mejor darle al paciente esquizofrénico los alimentos que desea comer.
	Es mejor que el paciente esquizofrénico consuma sus alimentos acompañado de la familia.	Comer con el paciente es desagradable.
	La familia debe vigilar constantemente que el paciente consuma todos los alimentos en el hogar.	Es innecesario que el paciente consuma sus alimentos observado por la familia.
Sustancias nocivas	Consumir sustancias nocivas como el alcohol, tabaco, pueden agravar el estado del salud del paciente esquizofrénico.	Consumir de vez en cuando alcohol o tabaco no afecta en la salud al paciente esquizofrénico
Realización de actividades físicas	Es necesario que el paciente que realice ejercicios físicos periódicamente.	Es poco importante que el paciente esquizofrénico realice de ejercicios físicos.
Realización de actividades recreativas	Es beneficioso para la salud del paciente que realice actividades recreativas	Es poco importante que el paciente esquizofrénico realice actividades recreativas.
Realización de quehaceres en el hogar	Es importante que el paciente esquizofrénico participe en los quehaceres del hogar.	Es mejor que le paciente no participe en los quehaceres del hogar
	Es mejor que el paciente esquizofrénico participe en los quehaceres del hogar con vigilancia de la familia.	Es mejor evitar que el paciente esquizofrénico participe en los quehaceres del hogar aún bajo supervisión de un familiar.
	El paciente esquizofrénico puede realizar solo actividades de baja complejidad (barrer, lavar, etc).	El paciente esquizofrénico puede realizar cualquier tipo de quehacer en el hogar
Realización de la higiene corporal	Es importante que el paciente se asee diariamente.	Es mejor que el paciente esquizofrénico se asee cuando lo desee.
Administración del	Es importante que el	Demanda mucho tiempo

tratamiento farmacológico	paciente esquizofrénico reciba todos los medicamentos prescritos en el hogar.	dar los medicamentos al paciente esquizofrénico en el hogar.
	Es mejor para el paciente reciba sus medicamentos en el horario establecido.	El paciente puede tomar sus medicamentos en cualquier momento.
	Es necesario vigilar al paciente durante la toma de sus medicamentos.	El paciente esquizofrénico puede tomar sus medicamentos por sí solo, sin que nadie lo vigile.
Participación en el control médico del paciente.	Es importante que el paciente acuda periódicamente a su control médico.	Demanda trabajo y tiempo llevar al paciente a su control médico.
	Es importante que la familia acompañe al paciente a su control médico.	El paciente puede ir solo a l control médico.
Cuidados en el aspecto psicológico	Es importante escuchar y conversar tranquilamente con el paciente esquizofrénico.	Conversar con el paciente demanda mucho tiempo y es aburrido.
	Es necesario crear un ambiente tranquilo para conversar con el paciente.	Se puede conversar con el paciente en cualquier lugar.
	Es importante tratar de comprender al paciente sus ideas y pensamientos, sin criticarlo.	Es necesario hacer entender al paciente que sus ideas y pacientes son incoherentes, de cualquier forma.
	Es importante que el paciente esquizofrénico se mantenga integrado a la vida social, con su familia y comunidad.	Es vergonzoso tener a un paciente esquizofrénico.
	Brindar afecto ayuda a la recuperación de la salud del paciente esquizofrénico.	Aun dándole afecto, el paciente nunca mejorará.
Intervención en las crisis del paciente esquizofrénico.	Es importante evitar que el paciente se lastime y observarlo durante las crisis.	Es mejor que el paciente esté encerrado durante las crisis.
	Durante las crisis del paciente esquizofrénico, es mejor no hablarle o hacerlo de forma tranquila.	Durante las crisis del paciente esquizofrénico es mejor gritarle para que se tranquilice.
	Es mejor mantener la calma durante la crisis del paciente esquizofrénico.	Da miedo cuando al paciente esquizofrénico le da sus crisis.

	Si el paciente no se tranquiliza durante las crisis es necesario pedir ayuda, por seguridad de él y de los familiares.	Es innecesario pedir ayuda aun si el paciente no se tranquiliza.
--	--	--

ANEXO C

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
NOVIEMBRE 2014

ESCALA TIPO LICKERT

- I. **PRESENTACION:** Reciba mi más sincero y cordial saludo, mi nombre es Milagros Nolasco Villa, soy interna de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de "San Marcos", actualmente estoy desarrollando un estudio de investigación titulado "Actitudes de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH.2014". Por lo que se le solicita que responda con toda sinceridad a los siguientes enunciados, dándole a conocer que el siguiente instrumento es de carácter anónimo y altamente confidencial.

II. DATOS GENERALES

- EDAD: _____ años.
- SEXO: Masculino () Femenino ()
- PARENTESCO CON EL PACIENTE :
 - ✓ Mamá ()
 - ✓ Papá ()
 - ✓ Hermano (a) ()
 - ✓ Otros:_____
- GRADO DE INSTRUCCION: _____
- OCUPACION: _____
- ENFERMEDAD DEL PACIENTE: _____

- TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE _____

III. INSTRUCCIONES:

A continuación marque con una “X” el casillero que considere correcto con respecto a las actitudes que se deben tener en el cuidado integral del paciente esquizofrénico.

INDICADOR	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Es preferible evitar que el paciente participe en los quehaceres del hogar aún bajo supervisión de un familiar.			
2. Es conveniente que el paciente permanezca encerrado durante las crisis que le da.			
3. Es importante que el paciente reciba todos los medicamentos prescritos en el hogar			
4. Es poco importante que el paciente asista a las terapias psicosociales			
5. Durante las crisis del paciente esquizofrénico es mejor gritarle para que se tranquilice			
6. Es mejor que el paciente consuma sus alimentos acompañado de la familia			
7. El paciente esquizofrénico puede tomar sus medicamentos por sí solo, sin que nadie lo vigile.			
8. Es importante que el paciente esquizofrénico			

participe en los quehaceres del hogar.			
9. El paciente puede ir solo al control médico o terapia			
10. Es vergonzoso tener a un paciente trastorno mental.			
11. Es importante mantener la calma cuando se conversa tranquilamente con el paciente esquizofrénico.			
12. Es conveniente que el paciente realice cualquier tipo de quehacer en el hogar			
13. Es mejor para el paciente reciba sus medicamentos en el horario establecido			
14. Es beneficioso para la salud del paciente que realice actividades recreativas			
15. Es importante que le paciente mantenga una vestimenta apropiada y acorde a la estación.			
16. Es conveniente propiciar un ambiente tranquilo para conversar con el paciente			
17. Preocupa tener que vigilar al paciente cuando consuma todos los alimentos en el hogar			
18. Es mejor que el paciente se asee cuando lo desee			
19. Brindar afecto ayuda a la recuperación de la salud del paciente esquizofrénico			
20. Es necesario que el paciente que realice ejercicios físicos periódicamente.			
21. Es conveniente que el			

paciente esquizofrénico reciba una alimentación balanceada			
22. Demanda tiempo mantener el orden y la limpieza en el cuarto del paciente.			
23. Consumir de vez en cuando alcohol o tabaco no afecta en la salud al paciente esquizofrénico			
24. Es necesario hacer entender al paciente que sus ideas son incoherentes, de cualquier forma.			
25. Es difícil pedir ayuda cuando el paciente presenta crisis.			
26. Da miedo cuando al paciente esquizofrénico le da sus crisis			
27. Es importante escuchar tranquilamente al paciente.			

**GRACIAS POR SU
PARTICIPACION**

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- He leído la hoja de información al participante del estudio que se me ha hecho entrega y podré hablar con el investigador y hacer las preguntas necesarias sobre el estudio para comprender sus alcances.
- Estoy de acuerdo en desarrollar el cuestionario sin mencionar mi identidad
- Entiendo que participar en esta investigación es voluntario y que soy libre de abandonarlo en cualquier momento.
- Estoy de acuerdo en permitir que la información obtenida sea publicada y que pueda conocer los resultados.
- Presento libremente mi conformidad para participar en el presente estudio.

.....

Firma del participante

FECHA:

ANEXO E

ESCALA DE CALIFICACION

Estimado(a)

Teniendo como base criterios que a continuación se presenta se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque, en cada criterio, con un aspa (X) en SI o NO según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento facilitará el logro de los objetivos de investigación.			
2. El instrumento está relacionado con la variable del estudio.			
3. El número de ítems del instrumento es adecuado.			
4. La redacción de los ítems del instrumento es clara, sencilla y precisa.			
5. El diseño del instrumento facilitará el análisis y procesamiento de datos.			
6. La estructura del instrumento es adecuada.			
7. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO F

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTO

ITEMS	N° JUECES								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
TOTAL									0.094

– Se han considerado:

Favorable = 1 (si)

Desfavorable = 0 (no)

En valor final de validación es:

Σ prob: 0.094=0.013

N°7 7

Si $P < 0.05$ el grado de concordancia es **SIGNIFICATIVO**, de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez los resultados son menores de 0.05 por lo tanto el grado de concordancia es **SIGNIFICATIVA**

ANEXO G
MEDICION DE LA VARIABLE

Favorable (F): 80-100%

Desfavorable (D): <80%

27 enunciados en total

3 categorías para marcar: siempre, a veces, y nunca

$27 \times 3 = 81$ -----puntaje máximo

81-----100%

x-----80%

x= 65 puntos

Por lo tanto más de 65 puntos se considerarán favorables.

ANEXO H
DATOS GENERALES

EDAD DE LOS FAMILIARES:

20 A 30 años= 6

31 a 40 años= 8

41 a 50 años = 3

51 a 60 años a más =13

SEXO DE LOS FAMILIARES

MASCULINO	FEMENINO
11	19

PARENTEZCO DE LOS FAMILIARES

PAPA	MAMA	HERMANO	HIJO	OTROS
3	14	5	3	5

